



No. Póliza _____

ESTE FORMATO DEBE SER REQUISITADO POR EL ASEGURADO BAJO EL CUAL SE PRESENTA FORMAL RECLAMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA AQUÍ MENCIONADA

Yo _____ como Asegurado de la Póliza _____ solicito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., el pago del beneficio al que tengo derecho por haber llegado a término la póliza con fecha de vencimiento _____, esto con base en las condiciones de la póliza anteriormente mencionada.

☐ Devolución de primas ☐ Supervivencia

En caso de que la póliza lo permita, requieres pago en:

☐ Rentas ☐ Una sola exhibición

Para lo cual otorgo mis datos personales:

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Fecha de Nacimiento
			D D M M A A A A
Edad	Género ☐ F ☐ M	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
RFC (con homoclave)		CURP (mexicanos) / No. de Pasaporte / FM2 - FM3 (extranjeros)	
¿Cuenta con FIEL? ☐ Sí ☐ No		FIEL (certificado digital)	
Régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.)		Número de Afiliación	
Domicilio (calle y número)		Colonia	Delegación / Municipio
Ciudad / Población		Estado	Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Ocupación	Nombre de la empresa	Actividad o giro de la empresa	

POR FAVOR LEE Y CONTESTA EL SIGUIENTE FORMULARIO:

Como Asegurado autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fui atendido, a que otorguen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.



2 de 2