

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad			
RFC (con homoclave)		CURP (mexicanos) / No. de Pasaporte / FM2 - FM3 (extranjeros)				
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:

Acepto que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP) puso a mi disposición su Aviso de Privacidad a través de su portal de internet www.prudentialseguros.com.mx, y el cual declaro conocer y aceptar en sus términos.

Autorizo expresamente a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales de conformidad con los términos de este consentimiento y el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

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.

