

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Nacionalidad		Genero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Calle	Número (interior y exterior)	Colonia	Delegación o Municipio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Estado	Código Postal	Teléfono	Teléfono Celular	RFC	CURP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil	Actividad, Ocupación o Profesión	Correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Número de Póliza	Fecha del Siniestro (Día / Mes / Año)	Causa del Siniestro			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo de Siniestro:		Lugar del Fallecimiento			
Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	Invalidéz Total y Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Graves Enfermedades	<input type="checkbox"/>	Pérdidas Orgánicas	<input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	<input type="text"/>
Cáncer de la Mujer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad en Etapa Terminal	<input type="checkbox"/>	Exención de Pago de Primas por Invalidéz Total y Permanente	
Muerte Accidental	<input type="checkbox"/>	Muerte Accidental Colectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Renta Hospitalaria	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>

**AVISO DE PRIVACIDAD**

IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR THONA Seguros S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

**DATOS DEL BENEFICIARIO (Si el asegurado es el reclamante no llenar esta sección)**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Nacionalidad		Genero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Calle	Número (interior y exterior)	Colonia	Delegación o Municipio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Estado	Código Postal	Teléfono	Teléfono Celular	RFC	CURP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil	Actividad, Ocupación o Profesión	Correo electrónico		Parentesco con el Asegurado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL**

Los datos del apoderado o representante legal únicamente deben llenarse si la reclamación del siniestro la suscribe el apoderado legal del Asegurado o Beneficiario. Marque con una "X" los intereses de la persona que representa:

Asegurado <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>			
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Nacionalidad		Genero	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Calle	Número (interior y exterior)	Colonia	Delegación o Municipio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Estado	Código Postal	Teléfono	Teléfono Celular	RFC	CURP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil	Actividad, Ocupación o Profesión	Cargo	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE PAGO DE SINIESTRO

### MEDIO DE PAGO

Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, derivado del pago de la Suma Asegurada amparada, me sea pagado a través de alguno de los medios siguientes:

Cheque ☐

Transferencia electrónica ☐

**Cheque:** En los casos en que el pago de la Suma Asegurada se realice a través de cheque, éste se expedirá para abono en cuenta del beneficiario.

**Transferencia electrónica:** Depósito de la Suma Asegurada en la cuenta bancaria indicada por el beneficiario, cabe señalar que el Beneficiario debe ser el titular de dicha cuenta.

EN CASO DE HABER SELECCIONADO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS DATOS SIGUIENTES:

Banco

Número de cuenta

Cuenta CLABE

--	--	--

### OBLIGACIONES Y RESERVAS

Todos los campos requeridos en este documento son de llenado obligatorio de conformidad con lo dispuesto por la Ley Sobre el Contrato de Seguro y Art. 140 y demas relativos aplicables de la Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros en caso de omitir algún dato THONA SEGUROS, S.A. DE C.V., se reserva su derecho para requerirlo, como parte de la evaluación de procedencia o no, de la presente solicitud.

**NOTA:** Como Asegurado o beneficiario autorizo a Médicos, Hospitales, Clínicas, Sanatorios, a las Autoridades Judiciales o Administrativas, Laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a THONA SEGUROS, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto en este caso 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.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Firma del representante o apoderado legal (en su caso)

--	--	--