

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE PAGO DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Con el objeto de que THONA SEGUROS, S.A. de C.V. (THONA), pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporciono la siguiente información:

Nota: La solicitud no será válida si falta alguno de los datos y carece de firma.

TIPO DE RECLAMACIÓN

Inicial Complementaria Indique número de siniestro _____

TIPO DE COBERTURA

Gastos médicos por accidente Muerte accidental
 Indemnización diaria Pérdidas orgánicas

Especifique _____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

*Nombre(s) _____ *Apellido paterno _____ *Apellido materno _____
No. póliza _____ Certificado _____ *FIEL _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F RFC _____ CURP _____
Nacionalidad _____ País de nacimiento _____ Estado civil _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
Empresa contratante _____ Actividad, ocupación o profesión _____

DATOS DEL BENEFICIARIO (Si es el mismo que el asegurado, favor de omitir esta sección)

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F RFC _____ CURP _____
Nacionalidad _____ País de nacimiento _____ Estado civil _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____ *FIEL _____
Actividad, ocupación o profesión _____

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE O FALLECIMIENTO

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Fecha de accidente (dd/mm/aaaa) _____ Lugar del siniestro _____
Descripción del accidente _____

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (Incluya ayudantes de cirujano y anestesiólogo, en caso de existir)

Nombre (s) _____ Cédula profesional _____ Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____

OTROS SEGUROS

Indíquenos si posee otros seguros de accidentes personales Si No Compañía _____ No. de póliza _____

¿Actualmente está tramitando esta reclamación en otra compañía de seguros? Si No Compañía _____ No. de póliza _____

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

Indique con una X los documentos presentados

Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete Recetas

Informe médico (uno por cada médico tratante) Facturas, recibos y desglose de gastos

Actuaciones del Ministerio Público Otros, especifique _____

RELACIÓN DE GASTOS PRESENTADOS

Indique con una X los documentos que acompañan esta solicitud

Informe Médico Facturas y/o recibos de honorarios (detallar a continuación)

Concepto: Hospital (H) Honorarios médicos (M) Farmacias (F) Otros servicios (O)

No. de Factura o recibo	Importe	Concepto	No. de Factura o recibo	Importe	Concepto	No. de Factura o recibo	Importe	Concepto

Detalle estudios que presenta (campo obligatorio) _____ Total reclamado: \$ _____

MEDIO DE PAGO

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 la cuenta. Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo y en caso de proceder, se pague el importe mediante:

Abono en mi cuenta No. _____ Cuenta clabe _____

Banco _____ Sucursal _____

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a THONA Seguros, S.A. de C.V. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados en este formato.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada por el monto que proceda de esta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a favor de THONA el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme el derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de THONA, desistíendome en su caso de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación a la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nombre del titular de la cuenta bancaria

Firma

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 de los Particulares, mismos 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 sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas. Consultar aviso de privacidad en www.thonaseguros.mx.

Usted debe requisitar correcta y totalmente este formato, así como anexar los estudios (y su interpretación) que le fueron practicados, los recibos de honorarios médicos se acompañarán de los formatos de informes médicos correspondientes y se anexarán tantos informes como médicos haya participado.

Autorizo a THONA para recabar historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por THONA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original.

Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

DECLARO QUE SOY EL BENEFICIARIO FINAL DEL CONTRATO DE SEGURO Y ACTÚO POR CUENTA PROPIA

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Firma del representante o apoderado legal
(Si aplica)

