

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RFC	CURP
Nacionalidad	País de nacimiento	Estado civil	
Calle y Núm. ext.	INFORMACION DEL PADRE FALLECIDO		Núm. int. Colonia
Estado	Alcaldía o Municipio	C.P.	
Teléfono de contacto	Correo electrónico	*FIEL	
Empresa contratante	Actividad, ocupación o profesión		

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO		
Número de Póliza	Fecha del Siniestro (dd/mm/aaaa)	Causa del Siniestro
Lugar del Siniestro		
Indique el tipo de Siniestro		
<input type="radio"/> Cáncer de mujer	<input type="radio"/> Indemnización diaria por hospitalización	
<input type="radio"/> Enfermedad etapa terminal	<input type="radio"/> Muerte accidental colectiva	
<input type="radio"/> Fallecimiento	<input type="radio"/> Pérdidas orgánicas	Especifique
<input type="radio"/> Enfermedades graves	<input type="radio"/> Muerte accidental	
<input type="radio"/> Invalidez total y permanente	<input type="radio"/> Exención de pago de primas por invalidez	
<input type="radio"/> Desempleo	<input type="radio"/> Otros	Especifique

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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RFC	CURP
Nacionalidad	País de nacimiento	Estado civil	
Calle y Núm. ext.	INFORMACION DEL ALUMNO		Núm. int. Colonia
Estado	Alcaldía o Municipio	C.P.	
Teléfono de contacto	Correo electrónico	*FIEL	
Parentesco con el asegurado	Actividad, ocupación o profesión		

MEDIO DE PAGO	
Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, derivado del pago de la Suma Asegurada Amparada me sea pagada a través de alguno de los siguientes medios:	
<input checked="" type="radio"/> Transferencia electrónica	<input type="radio"/> Cheque
MC0919SIN0051	
1 de 2	
Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx	

DATOS DE LA CUENTA DEL ALUMNO	
SE RECOMIENDA TRANSFERENCIA	
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.	
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, desistiendo en su caso de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación a la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.	
NOMBRE Y FIRMA	Firma
Nombre del titular de la cuenta bancaria	

AVISO DE PRIVACIDAD

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.

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

En [] el día [] de [] de []

FIRMA DEL ALUMNO LUGAR Y FECHA

[]

Firma del solicitante

[]

Firma del representante o apoderado legal
(Si aplica)

"UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A CLIENTES:

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, Ext.161,
email: atencionclientes@thonaseguros.mx Horarios de Atención: de lunes a jueves de 9:00 hrs a 18:00 hrs y Viernes de 9:00 hrs a 15:00 hrs.

CONDUSEF. Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle. Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfonos (55)53400999 y (800)9998080,
www.condusef.gob.mx

MC0919SIN0051

2 de 2