



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, proporcione la siguiente información:  
La solicitud no será válida si falta alguno de los datos y carece de firma.

\*Firma electrónica avanzada

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> 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
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 M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> 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
Parentesco con el asegurado	Actividad, ocupación o profesión	

**DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL (Solo 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  Beneficiario

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> 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		

**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:

Transferencia electrónica  Cheque

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, desistiéndome 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 [ ]

**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. 492 y demás relativos aplicables de la Ley General de Instituciones de Seguros y Finanzas, 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 refieren 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.

**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](http://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 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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)