

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN  
DE BENEFICIARIO(S)**

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas de seguro o sus representantes legales bajo su firma			
No. póliza	Número de certificado	Tipo de seguro Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Fecha de solicitud
<b>Datos del asegurado (todos los datos son obligatorios)</b>			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio a la fecha del siniestro (calle, colonia, No.)			Ciudad
Estado	C.P.	Teléfono	Número de afiliación al IMSS, ISSSTE u otro
R.F.C.	CURP	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Nacionalidad	Ocupación a la fecha de siniestro	Antigüedad en la empresa	
Nombre de la empresa o negocio donde trabaja y domicilio			
Indique en que otras compañías estaba asegurado			
<b>Datos generales del siniestro</b>			
Detalle la causa que directamente produjo el siniestro			Fecha de siniestro
			Lugar de siniestro
<b>Datos sobre el fallecimiento</b>			
Agencia que proporcionó los servicios funerarios			Fecha
¿El fallecimiento fue en domicilio particular, hospital u otro?			
En caso de muerte violenta indique que autoridad tomó conocimiento del hecho			
<p>Nota: Como 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 Seguros Atlas, S.A. 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.</p>			

<b>Datos de los médicos que atendieron al asegurado</b>			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado			Teléfono
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado			Teléfono
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado			Teléfono
<b>Datos de los beneficiarios</b>			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Fecha de nacimiento
Domicilio			Teléfono
R.F.C.	CURP	Parentesco	Ocupación
E-mail	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Fecha de nacimiento
Domicilio			Teléfono
R.F.C.	CURP	Parentesco	Ocupación
E-mail	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Fecha de nacimiento
Domicilio			Teléfono
R.F.C.	CURP	Parentesco	Ocupación
E-mail	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			Fecha de nacimiento
Domicilio			Teléfono
R.F.C.	CURP	Parentesco	Ocupación
E-mail	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma

## INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL PARA EL TRÁMITE DE UN SINIESTRO DE VIDA

Con la finalidad de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago. Le informamos que todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

Es importante considerar los siguientes puntos:

- A) Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre, la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo acredite.
- B) En caso de que los beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el asegurado y éste no hizo nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del nombramiento de heredero o cargo de albacea.
- C) En caso de que algún beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un juicio de interdicción, lo presente a la compañía incluyendo la historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (credencial de elector o pasaporte o cédula profesional por ambos lados).
- D) En caso de que el beneficiario o a quien ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Texto necesario.

“Hacemos constar que en nuestra presencia \_\_\_\_\_ imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder formar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifiesto expresamente su conformidad con ella a su ruego firmo.”

- E) En los Seguros de Grupo, en caso de no existir consentimiento con designación de beneficiarios firmada por el asegurado, será necesario tramitar juicio sucesorio y presentar a la compañía aseguradora copia certificada de la declaratoria de herederos y la aceptación del cargo de albacea.

### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

**CONSENTIMIENTO**

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015, CGEN-S0023-0019-2015, CGEN-S0023-0020-2015.”