



## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE PAGO DE SINIESTRO SEGURO DE VIDA

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Thona Seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

\*Firma electrónica avanzada

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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="checkbox"/> Cáncer de mujer	<input type="checkbox"/> Indemnización diaria por hospitalización	
<input type="checkbox"/> Enfermedad etapa terminal	<input type="checkbox"/> Muerte accidental colectiva	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas	Especifique _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves	<input type="checkbox"/> Muerte accidental	
<input type="checkbox"/> Invalidez total y permanente	<input type="checkbox"/> Exención de pago de primas por invalidez	
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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:	
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica	<input type="checkbox"/> 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.

Firma

Nombre del titular de la cuenta bancaria

#### 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. Tlacoquemécatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900.  
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)





## 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 \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Género M  F  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 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_



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).

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)





### INFORME MÉDICO

#### Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

#### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Género F  M  Edad \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

Actividad, ocupación o profesión \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente(dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Hora/minutos \_\_\_\_\_

Fecha 1er consulta(dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

#### MECANISMO DE LESIÓN

Cuadro clínico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### TRATAMIENTO Y/O INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS REALIZADOS

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ATENCIÓNES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Honorarios médicos \$ \_\_\_\_\_

## TIPO DE ESTANCIA

Urgencia  Corta estancia ambulatoria  Hospitalaria  Hospital donde se atendió \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso(dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha de egreso(dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva? \_\_\_\_\_

¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## MÉDICO TRATANTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

No. de cédula profesional \_\_\_\_\_ No. de cédula especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ No. de Identificación oficial \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.

El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx)

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable del paciente

