



**THONA SEGUROS®**

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

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

FOLIO: \_\_\_\_\_

### 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 demas relativos aplicables de la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas, 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 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.

### 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 en Posesión 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 haya 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

Unidad Especializada de Atención a Clientes: [atencionclientes@thonaseguros.mx](mailto:atencionclientes@thonaseguros.mx) | Félix Parra #65, Col. San José Insurgentes, C.P. 03900, Ciudad de México | Teléfonos: (55) 4133 8900 / 01800 088 4662. [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx) [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

MC-SOL-RS-VID-0816

Formato 3