



**LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERAN SER PORPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.**

No. Póliza

No. De Certificado:

**Datos del Asegurado**

Nombre:

Nacionalidad:

R.F.C.:

C.U.R.P.:

Domicilio a la fecha del fallecimiento:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Ocupación:

Estado Civil:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Nombre de la empresa donde trabaja/o:

Domicilio completo de la empresa:

**Datos de los Médicos que atendieron al Asegurado (En caso de que hubiera)**

Nombre del Médico:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

Telefono:

Correo electronico:

Nombre del Médico:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

Telefono:

Correo electronico:

Nombre del Médico:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

Telefono:

Correo electronico:

**Coberturas a Reclamar**

Muerte Accidental:

Gastos Funerarios:

Perdidas Orgánicas A o B

A: \_\_\_\_\_ B: \_\_\_\_\_

Reembolso de Gastos Médicos:

Invalidez Total y Permanente:

Incapacidad Total:

Incapacidad Parcial:

Lugar del accidente o  
fallecimiento:Fecha del accidente o  
fallecimiento:

Como ocurrió o tuvo lugar el accidente:

El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital u otros:

En caso de muerte violenta indique que autoridad tomo conocimiento del hecho:

No. Del acta del Ministerio Público:

**Otros Seguros:**

¿Cuenta con otros seguros de accidentes personales? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ No. De Póliza: \_\_\_\_\_

¿Está tramitando esta misma reclamación en otra compañía? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ No. De Póliza: \_\_\_\_\_

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 nombre de la compañía) 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.

Asimismo, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, expresamente autorizo a SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con el Contrato de Seguro que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, incluyendo los fines indicados en el Aviso de Privacidad publicado en la página de Internet de SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V., cuyo contenido conozco y que previamente fue puesto a mi disposición.

**Datos de los Beneficiarios**

Nombre:

Nacionalidad:

R.F.C.:

C.U.R.P.:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Ocupación:

Estado Civil:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Parentesco

Nombre:

Nacionalidad:

R.F.C.:

C.U.R.P.:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Ocupación:

Estado Civil:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Parentesco

Nombre:

Nacionalidad:

R.F.C.:

C.U.R.P.:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Ocupación:

Estado Civil:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Parentesco

**Datos del solicitante**

Nombre:

Nacionalidad:

R.F.C.:

C.U.R.P.:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Ocupación:

Estado Civil:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Parentesco

**Documentación presentada**

- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
- Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante
- Actuaciones Completas del Ministerio Público
- Recetas
- Facturas y recibos (anexar relación)
- Incapacidades expedidas por instituciones de seguridad social en donde se acredite la incapacidad en caso de no estar afiliado, presentar valoración por parte de médico tratante especialista en medicina del trabajo.
- Otros

**Medio de pago**

**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 y en caso de proceder, se pague el importe mediante:**

Abono a mi cuenta No.:		Cuenta Clabe:	
Banco:		Sucursal:	

**Por el conducto indicado solicito y autorizo a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados en este formato.**

**Al efectuarse el pago de acuerdo con la información seleccionada y por el monto procedente de la reclamación de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago, y, en consecuencia otorgo a favor de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme el derecho o acción alguna que ejercitar en su contra de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. 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:	
Lugar y Fecha:		Firma del solicitante:	

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones**

Ciudad de México, Volcán 214, Lomas de Chapultepec, Primera Sección C.P. 11000 Teléfono: (800) 1010053 y (55) 3600 9600 Correo electrónico: [une@sppseguros.com.mx](mailto:une@sppseguros.com.mx)