



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.

*FIEL (Firma electrónica avanzada)

TIPO DE RECLAMACIÓN

Inicial Complementaria Indique número de siniestro

Gastos médicos por accidente Indemnización diaria

Muerte accidental Pérdidas orgánicas

Otra Especifique:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

No. póliza Certificado *FIEL

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

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 *FIEL

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

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (Inclúyase ayudantes de cirujano y anestesiólogo, en caso de existir)

Nombre (s)	Cédula profesional	Teléfono de contacto	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

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

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 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