



**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR
INVALIDEZ Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS**

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del 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
Datos del asegurado (todos los datos son obligatorios)			
Apellido paterno, 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 del siniestro	Antigüedad en la empresa	
Nombre de la empresa o negocio donde trabaja y domicilio			
Indique en que otras compañías estaba asegurado			
Datos generales del siniestro			
Detalle la causa que directamente produjo el siniestro		Fecha de inicio de los primeros síntomas	
		Indicar la fecha de dictamen de invalidez	
		¿Cobra actualmente alguna pensión por invalidez? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Mencione si sufre otras enfermedades o lesiones aún cuando estos no tengan relación con el padecimiento que originó la reclamación		¿Desde cuándo?	
En caso de haber requerido la hospitalización para el manejo de su padecimiento, favor de mencionar nombre del hospital y/o sanatorio, dirección y teléfono			
Datos de los médicos que atendieron al asegurado			
Apellido paterno, materno, nombre(s)			Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado			Teléfono
Apellido paterno, materno, nombre(s)			Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado			Teléfono

Nota: Autorizo a médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, a los hospitales e instituciones donde fui internado a que proporcionen al personal designado por Seguros Atlas, S.A. todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, de toda responsabilidad derivada de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad. En caso contrario estoy consciente de la falta en que podría incurrir en caso de proporcionar datos falsos o incorrectos, así como las sanciones a las que quedo expuesto.

Nombre y Firma

Lugar y Fecha

Información de carácter general para el trámite de una reclamación por invalidez y/o pérdidas orgánicas

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.

- A) 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 asegurado no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y 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 firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifiesto expresamente su conformidad con ella a su ruego firmo.”

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 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.”