

## CARTA DE RECLAMACIÓN

### COBERTURA AFECTADA

Vida ☐ Invalidez Total y Permanente por Accidente ☐ Indemnización Diaria por Hospitalización ☐

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Afectado: \_\_\_\_\_  
Ap. Paterno Ap. Materno Nombre (s)

### I. Información del Beneficiario

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_  
Ap. Paterno Ap. Materno Nombre (s)

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Int. C.P.

Colonia Delegación o Municipio Ciudad Entidad Federativa

Tel Casa Tel. celular correo electrónico

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DD MM AAAA

¿El beneficiario es una persona políticamente expuesta? Si ☐ No ☐

Definir cargo \_\_\_\_\_

Forma de pago de la indemnización Transferencia Bancaria ☐ Giro (Telecomm) ☐

No. Cuenta CLABE (18 dígitos) \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

### II. Documentos a anexar a esta reclamación

Documentos por Cobertura	Vida	Invalidez Total y Permanente por Accidente	Indemnización Diaria por Hospitalización
Original de Carta Reclamación, una por cada beneficiario.	X	X	X
Copia Simple de la Carta Reclamación, una por cada beneficiario.	-	-	X
Original del Consentimiento Certificado Individual debidamente firmado o con huella digital por el asegurado. (En caso de fallecimiento del Asegurado Titular).	X	X	-
Copia Simple del Consentimiento Certificado Individual debidamente firmado o con huella digital por el asegurado.	-	-	X
Copia simple identificaciones oficiales vigentes de los beneficiarios, en su caso, y asegurado en todos los casos. (IFE, Pasaporte, Cartilla del SMN o Cédula Profesional).	X	X	X
Original de acta de nacimiento del titular y los beneficiarios, en su caso.	X	-	-
Original del Acta de Matrimonio del beneficiario si éste es cónyuge o en su caso comprobante de concubinato.	X	-	-
Copia simple de acta de nacimiento del titular y los beneficiarios, en su caso.	-	X	X
Original del Acta de defunción – en todos los casos.	X	-	-
Copia simple de averiguación previa, si la muerte fue violenta o accidental; o bien, Copia simple del Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya Ministerio Público en la zona.	X	-	-
Original o copia certificada del Dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente emitido por una institución pública o privada.	-	X	-
Comprobante de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que esta fue por 24 horas mínimo.	-	-	X
Copia simple del estado de cuenta de Banco a nombre de la persona que recibirá el pago (Asegurado Titular o Beneficiario), según sea el caso.	X	X	X
Copia simple del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia del Asegurado Titular y/o Beneficiario, según sea el caso.	X	X	X

**NOTA:** Si el beneficiario es menor de edad se pagará al tutor legal

### III. Artículo 140 del Beneficiario

☐ Copia de Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de expedición)

☐ Copia de Identificación oficial con fotografía

Número Folio \_\_\_\_\_

☐ Pasaporte vigente

☐ Cartilla del servicio militar mexicano

☐ Cédula profesional.

Lugar y fecha de recepción \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Beneficiario \_\_\_\_\_

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Seguros Atlas, S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato del Seguro concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el momento que proceda de ésta 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 Seguros Atlas, S.A., el más amplio Finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de Seguros Atlas, S.A., desistiendo en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación con la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

**NOTA:** Esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá de enviarnos un nuevo formato con la actualización de sus datos.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. 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 sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

\*La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0023-0079-2012 de fecha 14/03/2013.\*