

Formato de Reclamación
Póliza Colectiva "Protección Cáncer" N° AP30000992
Contratante: Tiendas Soriana, S.A de C.V

Instrucciones:

- 1- El formulario deberá ser completado en letra de molde y firmado.
- 2- Por el hecho de proporcionar este formulario la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación. Ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- 3- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

No. Reclamo: _____ No. Certificado: _____
Dirección de la tienda Soriana: _____

Información Asegurado

Nombre Completo: _____
Sexo: M () F () Edad (años) _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Identificación: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____

Información Reclamante/Beneficiario

Nombre Completo Reclamante/Beneficiario: _____
Nombre Completo Reclamante/Beneficiario: _____
Sexo: M () F () Identificación: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ C.P. _____ Email: _____
Parentesco/Relación con Asegurado: _____

Indemnización por Muerte Accidental

Fecha de Fallecimiento: ____/____/____
Lugar de Fallecimiento: _____
Causa de Fallecimiento: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia de Identificación del Asegurado | <input type="checkbox"/> Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado |
| <input type="checkbox"/> Copia de Identificación del Reclamante/Beneficiario | <input type="checkbox"/> Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta |
| <input type="checkbox"/> Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses | <input type="checkbox"/> Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto. |

Primer Diagnóstico por Enfermedad Cáncer.

- Copia de Identificación del Asegurado.
- Dictamen médico de la enfermedad que indique, nombre paciente, fecha del diagnóstico.
- Resultado de Exámenes.

Reconozco que la aseguradora no procederá a ningún pago hasta cumplir con los requisitos. Se autoriza a Pan-American México Compañía de Seguros SA de CV para obtener 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.

Las Condiciones Generales del Contrato de Seguro encuentran en la página www.palig.com/mexico/RemesaProtegida y en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con el número de registro CNSF-S0119-0058-2020 / CONDUSEF- 004241-01

Firma o Huella Digital del Reclamante

Aviso de Privacidad Simplificado:

PAN-AMERICAN MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., con domicilio en Reforma 412 Suite 1501, Colonia Juárez, Alcaldía de Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, le informa que sus datos personales recabados o que se recaben, se tratarán para todos los fines relacionados con su Seguro; así como, en caso de no mediar su negativa, para la promoción de otros productos similares. Consulte este aviso integral en www.palig.com/mexico