

**Formato de Reclamación**  
**Póliza Colectiva "Remesa Protegida" N° AP30000990**  
**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.                                 |

**Asistencia por Remesa Protegida**

- Copia Identificación oficial del Asegurado.
- Copia de la denuncia ante la autoridad competente, describiendo las características del suceso o evento que dan origen al reclamo, y donde se describa el lugar y hora del asalto sufrido.
- El comprobante o certificado de pago emitido, donde se determine la fecha, hora y monto de la remesa.

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](http://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-S0119-0060-2020 / CONDUSEF- 004243-01.

\_\_\_\_\_  
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](http://www.palig.com/mexico)