



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.

\*Firma electrónica avanzada

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RFC
Nacionalidad	País de nacimiento	CURP
Calle y Núm. ext.	Núm. int.	Estado civil
Estado	Alcaldía o Municipio	C.P.
Teléfono de contacto	Correo electrónico	*FIEL
Empresa contratante	Actividad, ocupación o profesión	

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Número de Póliza	Fecha del Siniestro (dd/mm/aaaa)	Causa del Siniestro
Lugar del Siniestro		
<b>Indique el tipo de Siniestro</b> <input type="radio"/> Fallecimiento <input type="radio"/> Invalidez total y permanente <input type="radio"/> Muerte accidental <input type="radio"/> Muerte accidental colectiva <input type="radio"/> Otros		
Especifique otros:		

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RFC
Nacionalidad	País de nacimiento	CURP
Calle y Núm. ext.	Núm. int.	Estado civil
Estado	Alcaldía o Municipio	C.P.
Teléfono de contacto	Correo electrónico	*FIEL
Parentesco con el asegurado	Actividad, ocupación o profesión	

**MEDIO DE PAGO**

Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, derivado del pago de la Suma Asegurada Amparada me sea pagada a través de alguno de los siguientes medios:

Transferencia electrónica  Cheque

Transferencia Electrónica: Depósito de la Suma Asegurada en la cuenta bancaria indicada por el Beneficiario, cabe señalar que el Beneficiario debe ser el titular de dicha cuenta.

Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo y en caso de proceder, se pague el importe mediante:

**Abono en mi cuenta No.**  **Cuenta clabe**

**Banco**  **Sucursal**

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a THONA Seguros, S.A. de C.V. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados en este formato.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada por el monto que proceda de esta 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 THONA el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme el derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de THONA, desistiéndome en su caso de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación a la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Firma

Nombre del titular de la cuenta bancaria



OBLIGACIONES Y RESERVAS

Todos los campos requeridos en este documento son de llenado obligatorio de conformidad con lo dispuesto por la Ley Sobre el Contrato de Seguro y Art. 492 y demás relativos aplicables de la Ley General de Instituciones de Seguros y Finanzas, en caso de omitir algún dato THONA SEGUROS, S.A. de C.V., se reserva su derecho para requerirlo, como parte de la evaluación de procedencia o no, de la presente solicitud.

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](http://www.thonaseguros.mx).

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

"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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)