



SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN COBERTURA CÁNCER

PÓLIZA: _____

CERTIFICADO, CRÉDITO: _____

Aviso de Privacidad: Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V., con domicilio en Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade Piso 9, Col. Parque del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14010, Ciudad de México; protege, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios y productos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre, conservación e integración de expedientes de identificación, evaluar calidad en servicios e informarle de nuevos servicios y productos. El contenido íntegro de este AVISO está a su disposición en www.asertavida.com.mx

1. Información General

Nombre o Razón Social del Contratante	PROVIDENT MÉXICO, S.A. DE C.V.	Siniestro a reclamar		
Nombre completo del Afectado		Inicio de Vigencia de la Póliza		Fin de Vigencia de la Póliza

2. Datos del Titular del Seguro

Nombre(s), apellido paterno y apellido materno	Sexo	Fecha de Nacimiento (día, mes, año)	
Domicilio (Calle, número exterior e interior)	Colonia	CP	CURP
Alcaldía o Municipio	Estado	Edad	RFC
Teléfono (incluir lada)	Teléfono celular o de contacto	Correo electrónico	
Ocupación	Giro de la empresa	Nacionalidad	

3. Firma del Asegurado

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V. para que me realice el pago. En caso de que el dictamen sea procedente y se realice el pago en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo. Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

NOMBRE Y FIRMA

4. Documentación a anexar (En original o copia certificada y copia fotostática)

Del Titular del Seguro

- 1) Acta de Nacimiento
- 2) Identificación oficial vigente (Credencial de elector, pasaporte, cédula profesional o cartilla militar)
- 3) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (Predial, agua, luz, teléfono fijo)
- 4) Informe Médico (Formato de la aseguradora) y anexar los exámenes practicados en laboratorio o gabinete

NOTA: De acuerdo al artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro, la empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

5. Entrega de documentación

Al momento de tener completa la documentación, favor de entregarla en cualquier sucursal de Provident.

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V.

Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade Piso 9, Col. Parque del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14010, CDMX
800 911 0900 desde cualquier punto de la República Mexicana
www.asertavida.com.mx