



**CARTA REMESA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES  
DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**

Esta carta deberá llenarse por el asegurado

**Datos de la póliza**

|                               |                                                             |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nombre y clave del agente     | _____                                                       |
| No. póliza                    | _____ Vigencia del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ |
| Fecha alta Seg. Atlas         | ____ / ____ / ____                                          |
| Nombre del contratante        | _____                                                       |
| Nombre del titular            | _____                                                       |
| Nombre del asegurado afectado | _____                                                       |
| Fecha de nac.                 | ____ / ____ / ____ Edad ____ Certificado _____              |
| Secc.                         | _____ Fecha de antigüedad: nacional _____ extranjera _____  |

**Datos del siniestro**

|                                       |                                                                                                                                                |                        |                    |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| Tipo de siniestro:                    | <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad                                                                         | Fecha de siniestro:    | ____ / ____ / ____ |
| Siniestro:                            | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementario;                                                                      | Fecha de reclamación.: | ____ / ____ / ____ |
| No. de siniestro: _____               |                                                                                                                                                |                        |                    |
| Tipo de reclamación:                  | <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/> Anticipo <input type="checkbox"/> Reexpedición <input type="checkbox"/> Carta pase |                        |                    |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ |                                                                                                                                                |                        |                    |
| Padecimiento: _____                   |                                                                                                                                                |                        |                    |

| Facturas presentadas / montos |                    | Para uso exclusivo de Seguros Atlas |            |
|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------|
| Concepto                      | Importe presentado | Importe pagado                      | Diferencia |
| 1.- Cirujano                  |                    |                                     |            |
| 2.- Ayudante                  |                    |                                     |            |
| 3.- Anestesista               |                    |                                     |            |
| 4.- Material anestésico       |                    |                                     |            |
| 5.- Cuarto de hospital        |                    |                                     |            |
| 6.- Sala de recuperación      |                    |                                     |            |
| 7.- Material y equipo         |                    |                                     |            |
| 8.- Consultas                 |                    |                                     |            |
| 9.- Medicamentos              |                    |                                     |            |
| 10.- Laboratorio y gabinete   |                    |                                     |            |

|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| 11.- Otros                        |  |  |  |
| 12.- Otros                        |  |  |  |
| 13.- Otros                        |  |  |  |
| 14.- I.V.A. (sólo pagos directos) |  |  |  |
| Gastos no cubiertos               |  |  |  |
| Total                             |  |  |  |
| Menos deducible                   |  |  |  |
| Menos coaseguro                   |  |  |  |
| Mas I.V.A. (sólo pago directo)    |  |  |  |
| Total a pagar                     |  |  |  |
| Observaciones:                    |  |  |  |

#### **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES**

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) 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 tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

## CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

### NOTA:

El total de gastos presentados debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, los cuales deben presentarse adjuntos a la presente carta remesa en el mismo orden de conceptos y **DEBERÁ LLENARSE Y PRESENTARSE POR EL CONTRATANTE, EL AGENTE DE SEGUROS Y/O EL TITULAR DE LA PÓLIZA.**

**En caso de proceder el pago de la presente reclamación se realizará mediante transferencia bancaria. (Solicitar a su agente o en ventanilla y anexar formato para pago por transferencia).**

Autorizo que la información proporcionada sea manejada por medios electrónicos.

---

**Nombre completo, firma y carácter de la persona que presenta la presente Carta Remesa.**

Fecha: \_\_\_\_\_

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0015-2015 y a partir del día 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015.”