

Estimado Contratante y/o Asegurado:

Lamentamos mucho la situación por la que estás pasando, te pedimos que completes el siguiente formulario de reclamación por Enfermedades Graves (incluyendo Cáncer).

Una vez recibido este formulario por el área de Reclamaciones recibirás la confirmación de recepción correspondiente.

El área de Reclamaciones podrá emitir cualquiera de las siguientes resoluciones:

- Procedencia de la reclamación de forma directa, por contar con todos los elementos (datos) y documentos necesarios.
- Requerimiento de información y/o documentos adicionales para el análisis y determinación de la procedencia o no de la reclamación.
- Rechazo de la solicitud de reclamación y explicación de la no procedencia.

### Datos del Contratante/Asegurado

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|
| Nombre Completo       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |
|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |
| Teléfono Móvil / Fijo |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Correo Electrónico |
| +52                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |

A) En caso de que el Contratante/Asegurado no pueda comparecer y/o ejecutar la reclamación de forma directa, el trámite de reclamación podrá realizarlo un apoderado legal (debidamente otorgado ante fedatario público), debiendo adjuntar el instrumento en el que se otorgaron dichos poderes, junto con copia simple de su identificación.

B) En el supuesto de que la persona que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresar esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos.

### Datos de la Póliza originalmente contratada

|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| Número de Póliza                         |             |
|                                          |             |
| Fecha de Inicio de Vigencia (DD/MM/AAAA) | Prima Anual |
|                                          | USD \$      |

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 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

#### Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,  
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935    🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en [www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/](http://www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/)

## Motivo de la Reclamación: Enfermedades Graves incluyendo Cáncer

### i) Datos Generales

|                                                                                |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Síntomas                                                                       |                                          |
|                                                                                |                                          |
| Diagnóstico                                                                    |                                          |
|                                                                                |                                          |
| Fecha de inicio de Síntomas (DD/MM/AAAA)                                       | Fecha de Diagnóstico (DD/MM/AAAA)        |
|                                                                                |                                          |
| Fecha de la primera consulta (DD/MM/AAAA)                                      | Fecha de la última consulta (DD/MM/AAAA) |
|                                                                                |                                          |
| Cirugías o procedimientos (incluir aquellos realizados y aquellos programados) |                                          |
|                                                                                |                                          |
| Tratamientos                                                                   |                                          |
|                                                                                |                                          |

### ii) Datos de los Médicos y Hospitales que han tratado al Asegurado los últimos 5 años

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Completo                                                                  | Especialidad                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Número de Cédula Profesional Médico General                                      | Número de Cédula Profesional de la Especialidad                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Correo Electrónico                                                               | Teléfono                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                  | + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Hospital / Centro Médico donde se atendió el Asegurado                           |                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Fecha de la primera consulta del Asegurado por su última enfermedad (DD/MM/AAAA) | Fecha de la última consulta del Asegurado (DD/MM/AAAA)                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |
| Enfermedades, Diagnósticos y Antecedentes Médicos                                |                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |

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 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

#### Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,  
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935    🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en [www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/](http://www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/)

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tratamiento                                                                                  |
|                                                                                              |
| Condiciones Médicas Subyacentes y/u otros Factores de Riesgo                                 |
|                                                                                              |
| ¿El asegurado presenta antecedente de abuso de alcohol y/o drogas? (Sí/No) Brindar detalles. |
|                                                                                              |

### Declaración del Médico

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el Asegurado para que otorguen a la Aseguradora todos los informes médicos, expedientes e historial médico, e incluso aquellos relacionados con padecimientos anteriores que pudiere llegar a solicitar la Aseguradora con la finalidad de que puedan llevar a cabo la evaluación de la reclamación. Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada es correcta y verdadera y entiendo que cualquier persona que presente información declarada y/o documentación falsa, incompleta o engañosa podrá ser tipificada como fraude de seguros, quedando sujeto a la aplicación de sanciones civiles y/o penales.

☐ Declaro que el Aviso de Privacidad me fue proporcionado debidamente por la Aseguradora, que lo he leído, que conozco los términos y alcances del mismo y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de conformidad con los lineamientos ahí contenidos

### Firma del Médico

Fecha de Firma de la reclamación: \_\_/\_\_/\_\_

iii) ¿Ha presentado reclamaciones por este padecimiento en esta u otras compañías anteriormente?

☐ Sí ☐ No

|                     |                                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| Compañía            |                                                               |
|                     |                                                               |
| Número de Siniestro | Fecha de presentación de la Solicitud de Reclamo (DD/MM/AAAA) |
|                     |                                                               |

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 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

### Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,  
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935 🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en [www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/](http://www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/)

## Declaraciones del Contratante y/o Asegurado

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa y correcta.

Reconozco que la presente solicitud de reclamación forma parte de la documentación contractual del seguro del que soy Asegurado y su expediente.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional que aclare o complemente la documentación recibida o de practicar las investigaciones o pruebas que resulten necesarias para proceder al dictamen definitivo de la reclamación, esto en apego al artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro. Entiendo que la aceptación de la reclamación solicitada a través del presente formato queda a discreción de la Aseguradora, en caso de ser aceptada, la misma se notificará a través de la emisión y envío de la confirmación correspondiente y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

Queda expresamente convenido que al recibir el pago de las sumas aseguradas al Asegurado del seguro, los mismos otorgan a favor de la Aseguradora el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándose acción o derecho que ejercer en contra de la Aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fuera materia de la reclamación presentada al amparo de la Póliza de seguros contratada por el Asegurado.

Autorizo a los médicos y hospitales que me atiendan en mi carácter de Asegurado a otorgar a la Aseguradora los informes médicos, expedientes e historial médico que pudieren llegar a solicitar con la finalidad de que puedan llevar a cabo la evaluación de la reclamación.

Entiendo que toda persona que, conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a la Aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información, declaración y/o documentación falsa, incompleta o engañosa podrá ser tipificada como fraude de seguros, perdiendo el derecho a cobrar las sumas aseguradas e incluso quedando sujeto a la aplicación de sanciones civiles y/o penales.

---

### Firma del Contratante y/o Asegurado

Fecha de Firma de la reclamación: \_\_/\_\_/\_\_

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 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

### Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,  
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935    🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en [www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/](http://www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/)