

Con el objeto de que Seguros Banorte, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcione la siguiente información:

1. Número de póliza: _____ a nombre de: _____
2. Tipo de Trámite: Inicial () Complemento () Número de siniestro: _____
3. Nombre del Asegurado titular: _____
Certificado: _____
Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar y país de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Ocupación/ profesión/ actividad o giro : _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:
CURP: _____ *RFC: _____
Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____
4. Datos del Reclamante: _____ Mismos del titular ()
Nombre completo: _____
Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar y país de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Ocupación/ profesión/ actividad o giro : _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:
CURP: _____ RFC: _____
Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____
5. Datos del Afectado:
Nombre completo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar y país de nacimiento: _____
Ocupación (especifique labores diarias): _____
6. Fecha en que ocurrió el accidente o iniciaron los síntomas de la enfermedad:
Fecha de Síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____ Fecha de 1er gasto: Día ____ Mes ____ Año ____
7. Diagnóstico de la lesión o enfermedad: _____
8. En caso de enfermedad, especifique ¿cuales fueron los signos y síntomas presentados por este padecimiento? _____

9. En caso de accidente detállese ¿cómo y dónde ocurrió? _____

10. Se dió aviso a las autoridades correspondientes respecto al accidente ocurrido: Sí () No ()
11. Refiera si existieron varios diagnósticos para esta enfermedad antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: _____

12. En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre, dirección y días de internamiento (mencione fechas): _____

13. ¿Se encuentra dado de alta en la actualidad? _____ Fecha de dicha alta: _____
14. Nombre y dirección de su médico tratante _____
e indique ¿desde hace cuánto tiempo lo atiende por este padecimiento? _____
15. Nombre, dirección y teléfono de (los) médico(s) que lo atendieron en este accidente o enfermedad (inclúyanse ayudante(s) de cirujano y anestesiólogo: _____

16. Indíquenos si posee otros seguros de accidentes o enfermedades:
Compañía: _____ No. de Póliza: _____

01/SB02-0205

17. ¿Ha realizado alguna reclamación por éste padecimiento en otra Compañía de Seguros? Si () No ()
 Compañía: _____ No. de Póliza: _____

18. Realice un desglose de sus gastos efectuados, como se indica en el siguiente cuadro:

CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBOS:	MONTO:	CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBO	MONTO
1. _____	_____	\$ _____	11. _____	_____	\$ _____
2. _____	_____	\$ _____	12. _____	_____	\$ _____
3. _____	_____	\$ _____	13. _____	_____	\$ _____
4. _____	_____	\$ _____	14. _____	_____	\$ _____
5. _____	_____	\$ _____	15. _____	_____	\$ _____
6. _____	_____	\$ _____	16. _____	_____	\$ _____
7. _____	_____	\$ _____	17. _____	_____	\$ _____
8. _____	_____	\$ _____	18. _____	_____	\$ _____
9. _____	_____	\$ _____	19. _____	_____	\$ _____
10. _____	_____	\$ _____	20. _____	_____	\$ _____
Total Reclamado					\$ _____

Nota: Todos los gastos erogados en 2014 deberán presentarse con su archivo xml digital

19. Tipo de pago: Transferencia* () Orden de pago () Cheque ()

*En caso de solicitar pago por transferencia, favor de ingresar el Formato de Solicitud de Transferencia Institucional debidamente requisitado.

Nombre completo del Titular de la Póliza: _____

IMPORTANTE PARA EL TRAMITE

Los Recibos de gastos contarán con los requisitos que establece la Secretaría de Hacienda.

Los Recibos de Honorarios y Facturas Médicas se acompañarán de los informes médicos correspondientes, y se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

Autorizo al(los) Hospital(es) y al(los) médico(s) que me atiende(n) a proporcionar la información que le(s) sea solicitada por Seguros Banorte S.A de C.V., en relación con el padecimiento objeto de la presente reclamación.

Declaro que como reclamante de esta solicitud, actúo en nombre y por cuenta propia y no por cuenta de un tercero, ejerciendo mis derechos como reclamante de la póliza afectada.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01 800 837 1133 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Hago constar que una copia fotostática de éste informe del reclamante tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe del reclamante puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía, relacionada con el padecimiento que se está declarando en el presente

 Nombre y firma del Reclamante