

1 / 2

Vida Accidentes PPR PPB PVBF Siga-Logros

Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx., recaba sus datos personales, financieros y sensibles para dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, así como para realizar campañas de prospección, comercialización y envío de publicidad. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanamex.com.mx

Esta declaración debe ser contestada y firmada personalmente por el beneficiario/representante legal, no puede llevar tachaduras o enmendaduras. En caso de existir más de 1 beneficiario en esta circunstancia, pueden formularla separadamente. Se les proporcionarán formatos y guía de llenado a cada uno de ellos, puede obtenerlos en www.segurosbanamex.com.mx. Favor de llenar todos los campos conforme a la guía.

FECHA DE RECEPCIÓN		
DÍA	MES	AÑO

LOS CAMPOS SOMBRADOS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LAS SUCURSALES

SERVICIO SISC S51 FALLECIMIENTO SERVICIO SINIESTROS SEGUROS BANAMEX S51	FOLIO SISC NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE LEGAL

Seguros Banamex, S.A. de C.V. At'n Departamento de Siniestros Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx.	TIPO DE RECLAMO <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Complemento
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

DATOS DEL SEGURO

No. DE PÓLIZA	No. DE CERTIFICADO (SOLO SI APLICA)
---------------	-------------------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO	No. DE CLIENTE BANAMEX DEL ASEGURADO	R.F.C. DEL ASEGURADO	CURP DEL ASEGURADO
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO)			
SUMA ASEGURADA	OCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES AÑO)	
NACIONALIDAD	INDICAR A QUE SERVICIO MÉDICO ESTÁ AFILIADO <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE _____	SEGURO POPULAR / SALUBRIDAD	No. DE AFILIACIÓN _____ <input type="checkbox"/> PARTICULAR

Ley sobre el Contrato de Seguro

Artículo 69.- 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 determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. La empresa aseguradora se reserva el derecho de solicitar más documentación e información derivada del análisis de los documentos que entregue.

AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE LEGAL

Autorizo a nombre y cuenta de el(los) beneficiario(s) a los médicos que atendieron al asegurado, para que proporcionen al personal designado por Seguros Banamex, S.A. de C.V., todos los informes referentes a la salud del Asegurado, para lo cual relevo a dichos médicos en relación a su secreto profesional de toda responsabilidad derivada de la información otorgada. Asimismo autorizo a las Aseguradoras donde hubiera estado suscrito y a los Hospitales, Clínicas y Sanatorios donde fue atendido el Asegurado, a proporcionar todos los informes relativos a la salud del asegurado. Lo anterior, para el mantenimiento y cumplimiento de la presente relación jurídica.

¿ EN QUÉ OTRAS COMPAÑÍAS Y POR QUÉ SUMAS ASEGURADAS ESTABA ASEGURADA LA VIDA DEL FINADO ?

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUMA ASEGURADA
1.-		
2.-		

DATOS DEL BENEFICIARIO (1)

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO		MAYOR DE EDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) PARA EL EFECTO DE OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES			
R.F.C. DEL BENEFICIARIO	CURP DEL BENEFICIARIO	No. DE CLIENTE BANAMEX	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA ()		TRABAJO ()	CELULAR: ()
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	

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

ABONO EN LA CUENTA _____ No. DE CUENTA _____ No. DE SUCURSAL _____
(tipo de cuenta)

de Banco Nacional de México, S.A. a mi nombre. Si requiere pago en cheque deberá solicitarlo por escrito.

En su caso, mediante el (los) depósito (s) que se haga (n) en la cuenta señalada, a nombre y cuenta de mi representada, me doy por pagado de todas y cada una de las prestaciones de la póliza antes citada, por lo que desde este momento otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción o derecho alguno, presente o futuro que ejercitar en contra de Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, ni de las personas físicas o morales relacionadas con la misma.

FIRMA

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

"De no llenar debidamente todos los campos o no entregar la documentación requerida, la reclamación no será procesada"

OR_V_814

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL : ALBACEA SUCESIÓN LEGAL/MINORÍA DE EDAD/INCAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) PARA EL EFECTO DE OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES

R.F.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL

CURP DEL REPRESENTANTE LEGAL

No. DE CLIENTE BANAMEX

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONOS CON CLAVE LADA

CASA ()

TRABAJO ()

CELULAR: ()

OCUPACIÓN

ACTIVIDAD

NACIONALIDAD

NO. DE PODER / JUICIO O DE DOCUMENTO DE REPRESENTACIÓN LEGAL

NOMBRE DE AUTORIDAD / NOTARÍA / CORREDURÍA QUE LO EXPIDE

UBICADO EN:

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

ABONO EN LA CUENTA

(tipo de cuenta)

No. DE CUENTA

No. DE SUCURSAL

de Banco Nacional de México, S.A., a nombre de mi representada. Si requiere pago en cheque deberá solicitarlo por escrito.

En su caso, mediante el (los) depósito (s) que se haga (n) en la cuenta señalada, a nombre y cuenta de mi representada, me doy por pagado de todas y cada una de las prestaciones de la póliza antes citada, por lo que desde este momento otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción o derecho alguno, presente o futuro que ejercitar en contra de Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, ni de las personas físicas o morales relacionadas con la misma misma.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

SOLO LLENAR ESTOS CAMPOS EN CASO DE INCAPACIDAD PARA FIRMAR / NO SABER LEER Y/O ESCRIBIR

Si el beneficiario / representante legal no sabe leer y/o escribir o estuviere incapacitado para hacerlo, deberá expresarse esa circunstancia, imprimiendo su huella digital y deberá firmar a su ruego otra persona en presencia de dos testigos.

"Hacemos constar que en nuestra presencia el (la) C. (nombre completo del beneficiario / representante legal) imprimió su huella digital en virtud de no saber leer y/o escribir o estar incapacitado para hacerlo, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad, y a su ruego firmó:

NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO

FIRMA

HUELLA BENEFICIARIO / REPRESENTANTE LEGAL

Domicilio y teléfono: _____

TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO

TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO

Domicilio y teléfono: _____

Domicilio y teléfono: _____

CHECK LIST DE DOCUMENTACIÓN MÍNIMA REQUERIDA (Debe estar completa y legible)

DOCUMENTOS BÁSICOS PARA TODOS LOS PRODUCTOS:

Original / Copia Certificada	Descripción del Documento	Fallecimiento / Gastos Funerarios
Original / Copia Certificada	Acta de Nacimiento del Asegurado. (1) en su caso puede presentar impresión digital, debe contener los códigos de autenticación.	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	Acta de Defunción del Asegurado. En caso de muerte en el extranjero debe presentarla traducida y legalizada por el consulado mexicano.	<input type="radio"/>
Copia Simple	Comprobante de domicilio del Beneficiario: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses.	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	En caso de Muerte Accidental: Resumen de Actuaciones Completas del Ministerio Público (Fé de hechos, identificación de cadáver, resultados de exámenes toxicológicos, alcoholemia, Necropsia / Autopsia (de ser posible incluir fotos de necropsia / autopsia). En su caso resultados de Rodizonato de Sodio / Parte de Tránsito y de examen de ADN.	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	En caso de Beneficiarios menores de edad / incapacitados / sucesión legal: Documento legal que acredite la representación.	<input type="radio"/>
Copia Simple	Identificación oficial del Representante Legal (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN). Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	Acta de Defunción de algún Beneficiario fallecido anteriormente al asegurado. En caso de muerte en el extranjero debe presentarla traducida y legalizada por el consulado mexicano.	<input type="radio"/>
Copia Simple	Identificación oficial del Asegurado (Credencial del IFE o INE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla SMN). Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input type="radio"/>
Copia Simple	Identificación oficial de los Beneficiarios (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN). En caso de menores de edad Acta de Nacimiento en original / copia certificada. Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input type="radio"/>
Copia Simple	R.F.C. del Beneficiario. (2)	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	Solo aplica en caso de Muerte por Enfermedad (no aplica para Gastos Funerarios). Resumen Médico, deberá contener antecedentes médicos, fecha de inicio de padecimiento y de evolución. En caso de ser expedido por médico privado, deberá entregar debidamente firmadas solicitud de Cartas de no Afiliación a Instituciones de Salud Pública, que serán tramitadas por la compañía aseguradora.(3)	<input type="radio"/>
Original / Copia Certificada	Solo aplica en caso de Muerte por Enfermedad (no aplica para Gastos Funerarios). Certificado de Defunción expedido por la Secretaría de Salud.(3)	<input type="radio"/>

(1) No aplica para seguros por Pensiones Banamex

(3) Las Cartas de no Afiliación, no aplican para Grandes Sumas, PPR, PPBF, PVBF y SIGA-LOGROS, y el Certificado de Defunción aplica en copia simple.

(2) Aplica solo para PPR y PVBF.

Nota Importante: La Compañía aseguradora se reserva el derecho de designar un despacho para la verificación del siniestro reclamado por lo que en su caso podría ser visitado previo aviso.

Ponemos a tu disposición nuestros centros de contacto para indicarte cómo enviar tu documentación, atenderte y resolver tus dudas, así como obtener el presente formato:

Vía telefónica: **1. México 55 12268100**

A través de nuestro Chat en: **www.segurosbanamex.com.mx**

Enviando un mensaje de texto desde tu celular al **68100 (Telcel)**

En nuestro correo electrónico: **serviciosdesiniestros@banamex.com**

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta con respecto a su seguro, le recomendamos ponerse en contacto con nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) en donde le brindaremos atención y seguimiento especializado. Comuníquese al teléfono 55 5062 6723 donde le atenderemos de Lunes a Viernes de 8:00 hrs. a 20:00 hrs. Vía correo electrónico sbaunecond@banamex.com o directamente en nuestra oficina ubicada en Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Ciudad de México en donde le atenderemos de Lunes a Viernes de 09:00 hrs. a 16:00 hrs. En caso de que tu queja no haya sido atendida con oportunidad, podrás contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) a través de su página www.condusef.gob.mx. Teléfono desde la Ciudad de México 55 5340 0999 o al 800 999 8080 desde el Interior de la República, o enviar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx.

Seguros Banamex, S.A. de C.V., Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx., Tel., México: 55 1226 8100, Extranjero: 1 800 226 2639.

Lunes a viernes 8:00 am a 8:00 pm - sábado de 8:00 am a 4:00 pm.

"De no llenar debidamente todos los campos o no entregar la documentación requerida, la reclamación no será procesada"