

1 / 2

Vida Accidentes PPR PPB PVBF Sigla-Logros

Citibanamex Seguros, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Citibanamex, 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 CITIBANAMEX SEGUROS S51	FOLIO SISC NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS
--	--	------------------------------

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE LEGAL

Citibanamex Seguros, 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 CITIBANAMEX 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"/> SEGURO POPULAR / SALUBRIDAD <input type="checkbox"/> No. DE AFILIACIÓN _____ <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE _____ <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 Citibanamex Seguros, 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 CITIBANAMEX	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 Citibanamex Seguros, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Citibanamex, 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 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 CITIBANAMEX

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 Citibanamex Seeguros, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Citibanamex, 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

Domicilio y teléfono: _____

TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO

Domicilio y teléfono: _____

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

DOCUMENTOS BÁSICOS PARA TODOS LOS PRODUCTOS:

		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 Citibanamex Pensiones

(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**

2. Extranjero 1800 226 2639

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: **serviciodesiniestros@citibanamex.com**

Si no estás de acuerdo con la atención o servicio recibido, puedes solicitar levantar una aclaración o queja llamando a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Citibanamex Seguros al 55 50626723 desde México, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs y sábados de 8:00 a 16:00 hrs., vía correo electrónico a sbaunecond@citibanamex.com o directamente en la sucursal número 100 de Isabel La Católica 44, Col. Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06000, en la Ciudad de México, dentro de la Oficina Central de Citibanamex (acceso por la calle 16 de septiembre), en el siguiente horario de atención: lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs. En caso de que tu queja no haya sido atendida con oportunidad, podrás referirte a CONDUSEF a través de su página www.condusef.gob.mx o en su caso puedes dirigirte a sus oficinas ubicadas en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle C.P. 03100 en la Ciudad de Mexico, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080 o enviar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx

Citibanamex Seguros, 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"