citibanamex Seguros

CARTA RECLAMACIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN DE
OTROS BENEFICIOS Y PARA VENCIMIENTOS DE PRODUCTOS DE SEGUROS CON COMPONENTE DE AHORRO O INVERSIÓN

◯ Invalidez Total y Permanente ◯ Reembolso por Ambulancia ◯ Enfermedades Graves ◯ Anticipo por Enfermedad Terminal ◯ Pérdidas Orgánicas u Hospitalización ◯ Diagnósticos de Cáncer ◯ Intervenciones quirúrgicas ◯ Reembolso de Gastos Médicos por accidente o robo. ◯ Daño Psicológico o lesión física por asalto en cajeros automáticos

◯ PENSIÓN DOTAL ◯ SIGA ◯ LOGROS ◯ PPB ◯ PPR ◯ PVBF

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 asegurado/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

OTROS BENEFICIOS/VENCIMIENTOS		FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS
SERVICIO SINIESTROS CITIBANAMEX SEGUROS S51	NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO

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 ◯ **Inicial** ◯ **Complemento**

DATOS DEL SEGURO

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

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 ASEGURADO/ REPRESENTANTE LEGAL

Autorizo a nombre y cuenta de el asegurado a los médicos que atendieronal 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.

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)		TELÉFONO CASA CON CLAVE LADA ( )	TELÉFONO CELULAR
SUMA ASEGURADA	OCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES AÑO)	
NACIONALIDAD	AFILIACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ◯ IMSS ◯ ISSSTE ◯ SEGURO POPULAR / SALUBRIDAD ◯ PEMEX No. DE AFILIACIÓN _____ ◯ PARTICULAR		

"Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del pago 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 mi nombre. Si se requiere pago en cheque deberá ser solicitado por escrito.
En su caso, mediante el (los) depósito(s) que se haga(n) en la cuenta señalada, me doy por pagado de todas y cada una de las presentaciones derivadas 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 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 DEL ASEGURADO

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

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL : ALBACEA SUCESIÓN LEGAL / MINORÍA DE EDAD/ INCAPACIDAD FÍSICA O 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 / No. DE JUICIO O DE DOCUMENTO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	NOMBRE DE AUTORIDAD / NOTARÍA / CORREDURÍA QUE LO EXPIDE		UBICADO EN:

"Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del pago 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 mi nombre. Si se requiere pago en cheque deberá ser solicitado por escrito.
En su caso, mediante el (los) depósito(s) que se haga(n) en la cuenta señalada, me doy por pagado de todas y cada una de las presentaciones derivadas 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 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 DEL ASEGURADO

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos 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_815

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)	OTROS BENEF.	VENCIMIENTOS
Original / Copia Certificada	Acta de Nacimiento del Asegurado en su caso puede presentar impresión digital, debe contener los códigos de autentificación.	✓	
Copia Simple	Comprobante de domicilio del Asegurado: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses.		✓
Original / Copia Certificada	En caso de Beneficiarios: Apoderados/incapacitados/sucesión legal: Documento legal que acredite la representación y apartado de datos del Representación Legal debidamente llenado.	✓	✓
Copia Simple	Identificación oficial del Asegurado (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.	✓	✓
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 estacia en el país".	✓	✓
*Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave	RFC _____ HOMOCLAVE _____		✓

*En todos los casos, es indispensable anotar el R.F.C. con Homoclave, la copia simple del documento solo aplica para PPR y PVBF.

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS SEGÚN LA COBERTURA RECLAMADA (No aplica para Vencimientos)

DOCUMENTACIÓN / DESCRIPCIÓN COBERTURA Instrucciones de llenado: 1. Seleccionar la Cobertura a reclamar. 2. Identificar los documentos a entregar.	Invalidez Total y Permanente	Reembolso por Ambulancia	Enfermedades Graves	Anticipo por Enfermedad Terminal	Pérdidas Orgánicas u Hospitalización	Diagnósticos de Cáncer	Intervenciones quirúrgicas	Reembolso de Gastos Médicos por accidente o robo.	Daño Psicológico o lesión física por asalto en cajeros automáticos
○ Original / Copia Certificada de Constancia de Hospitalización 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.	✓ (1)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
○ Original / Copia Certificada de 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.	✓ (1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
○ Facturas originales del servicio de ambulancia.		✓							
○ Original de Carta libre firmada por el asegurado narrando los hechos.	✓ (1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
○ Original / Copia Certificada de Comprobantes de relación laboral (Contrato y Recibos de Pago) o último Estado de Cuenta de la Afore.	✓ (1)								
○ Original / Copia Certificada de Estado de Cuenta donde conste hora y fecha de la disposición en cajero automático.									✓
○ Original / Copia Certificada de Dictamen de Invalidez expedido por Institución de Salud Pública, 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.	✓								
○ En caso de Accidente: Original / Copia Certificada de Resumen de Actuaciones Completas del Ministerio Público (Fe de hechos, resultados de exámenes toxicológicos, alcoholemia. En su caso resultados de Rodizonato de Sodio / Parte de Tránsito.	✓				✓		✓	✓	✓

(1) No aplica para PPR

Nota Importante: La Compañia aseguradora se reserva el derecho de asignar 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:	A través de nuestro Chat en:	Enviando un mensaje de texto desde tu celular al **68100 (Telcel)**	En nuestro correo electrónico:
1. México 55 1226 8100 **2. Extranjero 1800 226 2639**	**www.segurosbanamex.com.mx**		**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 México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080 o enviar un correo electrónico a asesoría@condusef.gob.mx

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