8

físicas o morales relacionadas con la misma.



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

el Aviso de Privacidad Integral que se puso a

mi disposición previa obtención de mis datos.

1/2 Daño Psicológico Intervenciones Reembolso de Pérdidas Diagnósticos Invalidez Total Reembolso Enfermedades Anticipo por o lesión física po Gastos Médicos v Permanente Orgánicas u de Cáncei quirúrgicas nor Graves Enfermedad asalto en caieros por accidente o Ambulancia Terminal Hospitalización automáticos robo. PENSIÓN DOTAL SIGA LOGROS PPR PVBF PPB 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 asegurado/representante legal, no puede llevar tachaduras o FECHA DE RECEPCIÓN 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. **OTROS BENEFICIOS/VENCIMIENTOS** FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS SERVICIO SINIESTROS SEGUROS BANAMEX S51 NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO TIPO DE RECLAMO Seguros Banamex, S.A. de C.V. At'n Departamento de Siniestros Inicial Moras 850, Colonia Acacias. Alcaldía Benito Complemento Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx. 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 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. **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 FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES AÑO) SUMA ASEGURADA OCUPACIÓN NACIONALIDAD AFILIACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SEGURO POPULAR / SALUBRIDAD **IMSS** PEMEX PARTICULAR ISSSTE No. DE AFILIACIÓN FIRMA DEL ASEGURADO "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 No. DE CUENTA No. DE SUCURSAL (tipo de cuenta) 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 Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a 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 Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, ni de las personas físicas o morales relacionadas con la misma. 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 CORREO ELECTRÓNICO No. DE CLIENTE BANAMEX TELÉFONOS CON CLAVE LADA TRABAJO CASA CELULAR: OCUPACIÓN NACIONAL IDAD ACTIVIDAD No. DE PODER / No. DE JUICIO O DE DOCUMENTO DE REPRESENTACIÓN LEGAL NOMBRE DE AUTORIDAD / NOTARÍA / CORREDURÍA QUE LO EXPIDE FIRMA DEL ASEGURADO "Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del pago respectivo, y solo en caso de proceder, se pague el importe mediante: No. DE CUENTA No. DE SUCURSAL ABONO EN LA CUENTA (tipo de cuenta) 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 mis datos los sensibles, en conformidad con

derecho alguno, presente o futuro en contra de Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, ni de las personas

_
ā
귳
ö
S
ŏ
pro
,a
5
Š
0
$\subseteq$
Ĕ
<u>::</u>
ä
Ĕ
<u>ಹ</u>
$\overline{\mathbf{z}}$
<u>e</u>
a
_
ā
Ę.
ē
킀
ĕ
Ξ
ᆽ
.∺
ă
ᡓ
<u>e</u>
Ξ
ᇙ
ŏ
ರ
a
Ē
ö
ē
둗
en
0 e
⊆
0
S
mpo
Ē
a
O
S
<u>~</u>
SC
ŏ
todo
a
풀
₫
am
g
pig
ē
ᢩ
nar
en
0
_ 0 _
Ō
Ĉ
-

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 HUELLA BENEFICIARIO / REPRESENTANTE FIRMA LEGAL Domicilio v teléfono: TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO Domicilio v teléfono: Domicilio v teléfono: CHECK LIST DE DOCUMENTACIÓN MÍNIMA REQUERIDA (Debe estar completa y legible) OTROS BENEF **VENCIMIENTOS** Acta de Nacimiento del Asegurado en su caso puede presentar impresión digital, Original / debe contener los códigos de autentificación. Copia Certificada Comprobante de domicilio del Asegurado: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses. Copia Simple Original / En caso de Beneficiarios: Apoderados/incapacitados/sucesión legal: Documento legal que acredite la representación y apartado de datos del Representación Legal debidamente llegado Copia Certificada Identificación oficial del Asegurado (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional Copia Simple o Cartilla SMN). Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país. 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" ✓ Copia Simple \*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) Daño Invalidez Total Reembolso Enfermedades Anticipo por Pérdidas Diagnósticos Intervenciones Reembolso DOCUMENTACIÓN / DESCRIPCIÓN COBERTURA y Permanente de Gastos Psicológico o Enfermedad de Cáncer quirúrgicas por Graves Orgánicas u Médicos por lesión física Ambulancia Terminal Instrucciones de llenado: Hospitalización accidente o por asalto en robo. caieros automáticos 1. Seleccionar la Cobertura a reclamar. 2. Identificar los documentos a entregar. Original Conia Certificada de Constancia 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 la padecimiento y de evolución. En caso de (1) 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. Facturas originales del servicio de ambulancia Original de Carta libre firmada por el asegurado (1) narrando los hechos Original / Copia Certificada de Comprobantes de (1) relación laboral (Contrato y Recibos de Pago) o último Estado de Cuenta de la Afore. 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 inicio de contener evolución. padecimiento y por de En caso de privado, solicitud de deherá expedido médico debidamente firmadas Cartas entregar de no Afiliación a Instituciones de Salud Pública, 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 Compañía 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:

1. México 55 1226 8100

815

A través de nuestro Chat en: Enviando un mensaje de texto

www.segurosbanamex.com.mx

desde tu celular al 68100 (Telcel)

En nuestro correo electrónico:

serviciodesiniestros@banamex.com