

SERVICIO SISC S26 SERVICIO SINIESTROS SEGUROS BANAMEX S26 VALIJA 1000 (GRIS CON ROJO) DE CMP CON EL PRODUCTO 1029	DESEMPELO FOLIO SISC NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS
INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO RECLAMANTE		
Seguros Banamex, S.A. de C.V. At'n Departamento de Siniestros Moras 850, Col. Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx.		
NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO DEL ASEGURADO (Sólo el Titular del crédito tiene cobertura de este Seguro)	No. DE CRÉDITO	No. DE CLIENTE BANAMEX DEL ASEGURADO
DOMICILIO PARA LOCALIZACIÓN (CALLE Y NÚMERO)	COLONIA	
CORREO ELECTRÓNICO	C.P.	POBLACIÓN ESTADO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA () TRABAJO () CELULAR ()		
DOCUMENTACIÓN MÍNIMA NECESARIA PARA EL TRÁMITE		
☐ DESEMPELO	☐ INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL	
1. FECHA DE INICIO DEL DESEMPELO DÍA MES AÑO 2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN) (copia simple). 3. COMPROBANTE DE DOMICILIO: Recibo de teléfono, agua, predial o luz con antigüedad no mayor a tres meses (copia simple). 4. COMPROBANTE DE FIN DE RELACIÓN LABORAL (copia simple). ☐ FINQUITO LABORAL DESGLOSADO o ☐ LAUDO LABORAL 5. COMPROBANTE DE ELEGIBILIDAD, en el que conste una continuidad laboral de 12 meses previos a la fecha de ocurrido. ☐ CONTRATO LABORAL o CONSTANCIA DE LA EMPRESA, membretada indicando tipo de contrato y antigüedad y firmada por un representante legal (copia simple) o ☐ ALTA DEL IMSS (copia simple) o ☐ RECIBOS DE NÓMINA, últimos 12 meses (copia simple). 6. COMPROBANTE DE NO INGRESOS (copia simple). ☐ RISCA Reporte Informativo de Semanas Cotizadas IMSS o ☐ Expediente único de Empleados del ISSSTE o ☐ Último estado de cuenta de AFORE con detalle de movimientos R.F.C. COMPLETO DE LA EMPRESA:	1. FECHA DE INICIO DE LA INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL DÍA MES AÑO 2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN) (copia simple). 3. COMPROBANTE DE DOMICILIO: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses (copia simple). 4. COMPROBANTE DE ELEGIBILIDAD, en el que conste que los ingresos previos a la fecha de ocurrencia del siniestro tenían su origen en un trabajo independiente o temporal. ☐ ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS (copia simple) o ☐ CONSTANCIA DE LA EMPRESA, membretada indicando tipo de contrato y antigüedad firmada por un representante legal en donde conste temporalidad (copia simple). 5. DICTAMEN MÉDICO con fechas exactas de diagnóstico; fecha exacta de inicio del padecimiento causante de la evolución, diagnóstico, esquemas de tratamiento y resultados de estudios practicados (adjuntar copia simple de los estudios). Nota: El documento debe incluir firma del médico, cédula profesional en hojas membretadas. Anexar Constancias de NO Afiliación a Instituciones de Salud Pública: IMSS, ISSSTE, SSA. R.F.C. COMPLETO DE LA EMPRESA:	
EN CASO DE SER NECESARIO, NO TENGO NINGÚN INCONVENIENTE EN ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE ME SEA SOLICITADA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO, CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECE EL ART. 69 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.		
EN CASO DE DESEMPELO, ME COMPROMETO A INFORMAR A LA ASEGURADORA DE MANERA INMEDIATA AL MOMENTO DE REINTEGRARME AL CAMPO LABORAL, YA SEA EN FORMA INDEPENDIENTE O BAJO UNA RELACIÓN SUBORDINADA.		
FIRMA DEL RECLAMANTE	Ponemos a tu disposición nuestros centros de contacto para indicarte cómo enviar tu documentación, atenderte y resolver tus dudas: Vía telefónica: 1. México 55 1226 8100 2. Extranjero 1800 226 2639 A través de nuestro Chat en: www.segurosbanamex.com.mx	
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.		

OR-HB-4613 04-23