Banamex Seguros

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO
SUMA ASEGURADA

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 cada beneficiario. En caso de existir varios beneficiarios, pueden hacer la declaración en un solo formato, pero si lo desean pueden hacerlo separadamente. Favor de llenar todos los campos.

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

SERVICIO SISC S26 **FALLECIMIENTO** SERVICIO SINIESTROS SEGUROS BANAMEX S26 VALIJA 1000 (GRIS CON ROJO) DE CMP CON EL PRODUCTO 1029	FOLIO SISC NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

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)

No. DE PÓLIZA	SUMA ASEGURADA	OCUPACIÓN	ACTIVIDAD

NACIONALIDAD

AFILIACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ PARTICULAR No. DE AFILIACIÓN _____

DATOS DEL BENEFICIARIO (1)

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO — MAYOR DE EDAD ☐ SI ☐ NO — FIRMA

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) — Autorizo uso de mis datos

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 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. (que está a mi nombre).

Hago del conocimiento de la Aseguradora, que el domicilio señalado lo designo para efecto de recibir todo tipo de notificaciones en relación a la presente póliza.

Nota: El Beneficiario es el único responsable de los datos asentados en este documento.

DATOS DEL BENEFICIARIO (2)

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO — MAYOR DE EDAD ☐ SI ☐ NO — FIRMA

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) — Autorizo uso de mis datos

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 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. (que está a mi nombre).

Hago del conocimiento de la Aseguradora, que el domicilio señalado lo designo para efecto de recibir todo tipo de notificaciones en relación a la presente póliza.

Nota: El Beneficiario es el único responsable de los datos asentados en este documento.

DATOS DEL BENEFICIARIO (3)

NOMBRE (S) , APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO — MAYOR DE EDAD ☐ SI ☐ NO — FIRMA

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) — Autorizo uso de mis datos

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 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. (que está a mi nombre).

Hago del conocimiento de la Aseguradora, que el domicilio señalado lo designo para efecto de recibir todo tipo de notificaciones en relación a la presente póliza.

Nota: El Beneficiario es el único responsable de los datos asentados en este documento.

"En caso de no llenar debidamente todos los campos requisitados, la solicitud no será válida"

SV-004 04-23

Asimismo, mediante el(los) depósito(s) que se haga(n) en la(s) cuenta(s) señalada(s) o el(los) pago(s) hecho(s) en la(s) orden(es) de pago mencionada(s), me doy(nos damos) por pagado(s) de todas y cada una de las prestaciones originadas del contrato de seguro señalado, cuya suma asegurada fue disminiuida a solicitud del asegurado, otorgando el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándose acción ni derecho alguno que ejercitar en contra de Seguros Banamex, S.A. de C.V. y/o de las personas físicas y morales relacionadas con la misma.

¿ 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.-		
3.-		

"En caso de no llenar debidamente todos los campos requisitados, la solicitud no será válida"

INSTRUCCIONES

Esta declaración debe ser contestada y firmada personalmente por el beneficiario. En caso de existir varios beneficiarios, éstos podrán contestar mancomunadamente la declaración, pero si lo desean pueden formularla separadamente. En este caso se les proporcionarán formatos a cada uno de ellos.

Cuando la póliza deba pagarse a los representantes legales del o los beneficiarios, esta declaración deberá ser firmada por el albacea o representante legal, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente. Tratándose del padre o madre del o los beneficiarios que ejerza la patria potestad sobre el o ellos conforme al Código Civil para la CDMX, cuando tal ejercicio se compruebe a la compañía, se entenderá que dicha persona es el representante legal para los efectos de esta declaración.

Cuando una póliza deba pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su tutor o representante legal, quien deberá justificar su carácter.

Si alguno de los beneficiarios no sabe leer, deberá expresarse esta circunstancia, imprimiendo su huella digital y firmando a su ruego otra persona. Para dejar constancia de esta situación, la siguiente declaración deberá suscribirse por dos testigos y podrá llenarse con la siguiente redacción:

"Hacemos constar que en nuestra presencia, _____ imprimió su huella
(Aquí el nombre del beneficiario)
digital en virtud de no saber firmar, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad con ellas, y a su ruego firmó _____
_____."

(Aquí el nombre de la persona que firma la reclamación)

He leído y manifiesto mi conformidad tanto con los datos proporcionados, como con el Aviso de Privacidad arriba citados

_____	_____
PERSONA QUE FIRMA EN REPRESENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	HUELLA DEL BENEFICIARIO
_____	_____
TESTIGO	TESTIGO

En caso de haber fallecido alguno de los beneficiarios, los demás deberán justificar su fallecimiento, exhibiendo original o copia certificada del Acta de Defunción.

La Compañía se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente.

SV-004 04-23