

**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](http://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 <b>FALLECIMIENTO</b> SERVICIO SINIESTROS CITIBANAMEX SEGUROS S26 VALIJA 1000 (GRIS CON ROJO) DE CMP CON EL PRODUCTO 1029	FOLIO SISC NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS
--	--	------------------------------

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
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)			
No. DE PÓLIZA	SUMA ASEGURADA	OCUPACIÓN	ACTIVIDAD
NACIONALIDAD	AFILIACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PARTICULAR    No. DE AFILIACIÓN _____		

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO (1)</b>			
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)		FIRMA	
Autorizo uso de mis datos			
R.F.C. DEL BENEFICIARIO	CURP DEL BENEFICIARIO	No. DE CLIENTE CITIBANAMEX	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA (    )		TRABAJO (    )	CELULAR: (    )
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	
<p>"Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo, y en caso de proceder, se pague el importe mediante:  <input type="checkbox"/> 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.</p>			

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO (2)</b>			
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)		FIRMA	
Autorizo uso de mis datos			
R.F.C. DEL BENEFICIARIO	CURP DEL BENEFICIARIO	No. DE CLIENTE CITIBANAMEX	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA (    )		TRABAJO (    )	CELULAR: (    )
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	
<p>"Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo, y en caso de proceder, se pague el importe mediante:  <input type="checkbox"/> 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.</p>			

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO (3)</b>			
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)		FIRMA	
Autorizo uso de mis datos			
R.F.C. DEL BENEFICIARIO	CURP DEL BENEFICIARIO	No. DE CLIENTE CITIBANAMEX	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA (    )		TRABAJO (    )	CELULAR: (    )
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	
<p>"Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro respectivo, y en caso de proceder, se pague el importe mediante:  <input type="checkbox"/> 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.</p>			

"En caso de no llenar debidamente todos los campos requeridos, 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 disminuida a solicitud del asegurado, otorgando el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándose acción ni derecho alguno que ejercitar en contra de Citibanamex Seguros, 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.-

### 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 el D.F., 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 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 del beneficiario)

(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.