

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO RECLAMANTE									
Seguros Banamex, 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 RECLAMACIÓN INICIAL <input type="radio"/> RECONSIDERACIÓN <input type="radio"/>							
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO (Sólo el Titular del crédito tiene cobertura de este Seguro)									
NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE									
DOMICILIO PARA LOCALIZACIÓN (CALLE Y NÚMERO)		COLONIA							
CORREO ELECTRÓNICO	C.P.	POBLACIÓN	ESTADO						
TELÉFONOS CON CLAVE LADA									
CASA	TRABAJO	CELULAR							
COBERTURA RECLAMADA									
DESEMPLEO <input type="radio"/>	FECHA DE INICIO DEL DESEMPLEO		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width:33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO							
R.F.C. COMPLETO DE LA EMPRESA _____									
INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL <input type="radio"/>	FECHA DE INICIO DE LA INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width:33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO							
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA									
DESEMPLEO		INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL							
<input type="radio"/> 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL (copia simple) <input type="radio"/> 2. COMPROBANTE DE FIN DE RELACIÓN LABORAL (copia simple). <input type="radio"/> FINIQUITO LABORAL ó <input type="radio"/> LAUDO LABORAL <input type="radio"/> 3. COMPROBANTE DE ELEGIBILIDAD, en el que conste una continuidad laboral de 12 meses previos a la fecha de ocurrido. <input type="radio"/> CONTRATO LABORAL Ó CONSTANCIA DE LA EMPRESA, membretada y firmada por un representante legal (copia simple) ó <input type="radio"/> ALTA DEL IMSS (copia) ó <input type="radio"/> RECIBOS DE NÓMINA (copia simple), últimos 12 meses (verificar nota del punto 3). <input type="radio"/> 4. COMPROBANTE DE NO INGRESOS (copia simple). <input type="radio"/> BAJA DEL IMSS ó <input type="radio"/> ÚLTIMO ESTADO DE CUENTA DE AFORE CON DETALLE DE MOVIMIENTOS		<input type="radio"/> 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL (copia simple) <input type="radio"/> 2. COMPROBANTE DE INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL (copia simple). <input type="radio"/> DICTAMEN MÉDICO ó <input type="radio"/> CONSTANCIA HOSPITALARIA Anexar interpretación de estudios médicos practicados (copia simple). <input type="radio"/> 3. 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. <input type="radio"/> ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS (copia simple) ó <input type="radio"/> CONSTANCIA DE LA EMPRESA, membretada y firmada por un representante legal en donde conste temporalidad (copia simple) <input type="radio"/> 4. ACTUACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO, EN CASO DE ACCIDENTE (copia simple).							
COMPROBANTE DE CONTINUIDAD DE DESEMPLEO, DEBE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, EN LOS QUE SE MUESTRE QUE 3 MESES DESPUÉS DE LA FECHA DE FINIQUITO AUN PERMANECE LA FALTA DE INGRESOS POR DESEMPLEO.									
<input type="radio"/> CERTIFICADO DE BAJA DEL TRABAJADOR, (emitido por IMSS, ISSSTE ú otra Institución pública de Salud, actualizado) ó		<input type="radio"/> ESTADO DE CUENTA DE AFORE CON DETALLE DE MOVIMIENTOS (actualizado).							
NO TENGO NINGÚN INCONVENIENTE EN ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE ME SEA SOLICITADA PARA EL TRAMITE 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 DESEMPLEO, 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.									
LUGAR Y FECHA:		FIRMA DEL RECLAMANTE							
PARA SER LLENADO POR EL EJECUTIVO DE SERVICIO A CLIENTES BANAMEX		PARA SER LLENADO POR SEGUROS BANAMEX							
FECHA Y FIRMA DE RECEPCIÓN		FECHA DE RECEPCIÓN							
_____		_____							