

Guía para la solicitud de indemnización por fallecimiento. SEGURO LOGROS/AHORRO PROTEGIDO CBNX

Sabemos el gran esfuerzo que había detrás de esta meta.

En esta guía conocerá los pasos a seguir para solicitar la suma asegurada por fallecimiento.

1 REPORTE el fallecimiento del asegurado



Tenga a la mano el número de póliza, nombre del asegurado y póngase en contacto con nosotros.



Teléfonos: México 55 1226 8100 opción 1 | Extranjero: 1 800 226 2639



Web y chat: www.segurosbanamex.com.mx

Lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs. | Sábado de 08:00 a 16:00 hrs.



E-mail: serviciodesiniestros@citibanamex.com



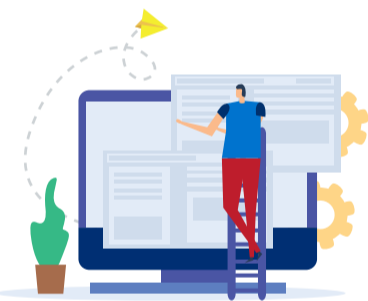
SMS: 68100*

* Válido sólo para usuarios Telcel. Costo del mensaje de acuerdo con las tarifas de la compañía telefónica. La disposición, servicio y calidad que otorgue la compañía del teléfono móvil no es responsabilidad de Citibanamex Seguros.

Le indicaremos los documentos que se requieren para su trámite de acuerdo con las coberturas del seguro.

2 ENTREGUE la documentación

Envíe los documentos a través de la guía prepagada que le proporcionarán sin costo al llamar a nuestro Centro de Atención Telefónica.



Documentos:

- **Acta de nacimiento del asegurado** en original o copia certificada.
- **Acta de defunción del asegurado** en original o copia certificada.
- **Copia de identificación oficial vigente** (Credencial del INE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla SMN).
- Para pago en cuenta de otro Banco, entregar **estado de cuenta del titular de la cuenta (Beneficiario) no mayor a 3 meses, y carta de libre redacción solicitando el depósito.**

- **Copia simple de identificación oficial vigente del o los beneficiarios** (Credencial del INE, pasaporte, cédula profesional o cartilla SMN). En caso de menores de edad: acta de nacimiento, copia certificada de un documento legal que acredite la tutoría de los menores, así como copia de la identificación oficial vigente del tutor.

En caso de fallecimiento de algún beneficiario, original o copia certificada del acta de defunción.

- **Copia simple del comprobante de domicilio del o los beneficiarios:** (agua, luz, teléfono fijo, gas natural), no mayor a 3 meses de antigüedad, que contenga la dirección completa (calle, número, colonia, C.P., estado y municipio).
- **En caso de fallecimiento causado por:**
 - **Enfermedad:** presentar el **informe médico** o **resumen clínico** (original o copia certificada).
 - **Accidente:** presentar **actuaciones completas del Ministerio Público** (original o copia certificada).
 - **Con violencia:** Averiguación previa incluyendo levantamiento e identificación del cadáver, resultados de los exámenes toxicológicos y alcoholemia, resultado de la necropsia; en caso de accidente automovilístico, parte de Tránsito.

• Formato "Declaración del beneficiario"



Descargue [aquí](#).

O descargue en www.segurosbanamex.com.mx, ingresando a las siguientes secciones: 1.Servicios, 2.¿Qué hacer en caso de un siniestro?, 3.Inversión, 4.Fallecimiento Accidente o Enfermedad, 5.Formato "Declaración del Beneficiario"

• Formato "Carta reclamación para la indemnización de cobertura de Fallecimiento".



Descargue [aquí](#).

O descargue en www.segurosbanamex.com.mx, ingresando a: 1. Servicios, 2. ¿Qué hacer en caso de un siniestro?, 3. Inversión, 4. Fallecimiento Accidente o Enfermedad, 5. Formato "Carta reclamación para la indemnización de cobertura de fallecimiento"

Consulte la sección [Consideraciones para el llenado de los formatos](#).

Nota: El Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro indica que: La Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Consideraciones para el llenado de los formatos

Declaración del Beneficiario

2. Anote el nombre del asegurado como aparece en la identificación oficial; el número de cliente (se encuentra en el estado de cuenta); el RFC (10 dígitos) y CURP (18 dígitos).

1. Indique la fecha en que entregará o enviará sus documentos.

SERVICIO SISC S26 FALLECIMIENTO 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 1
DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO 2		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 3	SUMA ASEGURADA	OCUPACIÓN	ACTIVIDAD
NACIONALIDAD	AFILIACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE AFILIACIÓN _____		

3. El número de póliza y la Suma Asegurada los encuentra en la carátula de la póliza

Este documento permite el llenado de información hasta de tres beneficiarios expresados en la carátula de la póliza. Deberá llenarse con la información individual y personal de cada uno y firmarse en el recuadro que le corresponde. En caso de ser mas de 3 beneficiarios, será necesario el llenado de otro formato con los faltantes.

4. Anote el nombre del asegurado como aparece en la identificación oficial.

5. Marque con una X si el beneficiario es mayor de edad o no.

DATOS DEL BENEFICIARIO (1)			
NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO 4		MAYOR DE EDAD 5 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 CITIBANAMEX	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: 7 <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.			

6. Anote el domicilio completo, debe de coincidir con el comprobante; el RFC (10 dígitos) y el CURP (18 dígitos); el número de cliente lo encuentra en el Estado de Cuenta.

7. Anote el tipo de cuenta: Si es chequera: el número de Sucursal y el número de cuenta. Si es tarjeta: los 16 dígitos en el apartado de número de cuenta. En caso de que la cuenta tenga menos de 6 meses de apertura se requiere copia del contrato de la cuenta. Para depósito a cuenta de otro Banco, proporcionar la clave interbancaria (18 dígitos).

El llenado de la siguiente sección es opcional

¿ 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.- _____	_____	_____

Carta reclamación para la indemnización de cobertura de Fallecimiento

Este documento puede ser llenado por cualquier beneficiario en caso de haber más de uno, sin embargo, cada quien debe entregar copia de su identificación oficial vigente.

1. Indique la fecha en que entregará o enviará sus documentos.

CARTA RECLAMACIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO / GASTOS FUNERARIOS

1 / 2

Vida Accidentes PPR PPB PVBF Siga-Logros

Citibanamex Seguros, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Citibanamex, Av. Revolución 1267, Piso 13, Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, CDMX., 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 beneficiario/representante legal, no puede llevar tachaduras o 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.

1

FECHA DE RECEPCIÓN		
DÍA	MES	AÑO

LOS CAMPOS SOMBRADOS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LAS SUCURSALES

SERVICIO SISC S51 FALLECIMIENTO	FOLIO SISC	FECHA DE ENVÍO DE DOCUMENTOS	
SERVICIO SINIESTROS CITIBANAMEX SEGUROS S51	NÚMERO DE CASO ECLIPSE BPM		
INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE LEGAL			
Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. Atn Departamento de Sinistros Av. Revolución 1267, Piso 13, Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, CDMX.		TIPO DE RECLAMO <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Complemento	
DATOS DEL SEGURO			
No. DE PÓLIZA	No. DE CERTIFICADO (SOLO SI APLICA)		
DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO	No. DE CLIENTE CITIBANAMEX DEL ASEGURADO	R.F.C. DEL ASEGURADO	CURP DEL ASEGURADO

3. Anote el nombre completo igual que en la Identificación oficial vigente entregada y el número de cliente del asegurado.

2. El número de póliza y la Suma Asegurada los encuentra en la carátula de la póliza

4

DATOS DEL BENEFICIARIO (1)			
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) PARA EL EFECTO DE OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES			
R.F.C. DEL BENEFICIARIO	CURP DEL BENEFICIARIO	No. DE CLIENTE CITIBANAMEX	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONOS CON CLAVE LADA CASA () TRABAJO () CELULAR: ()			
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	

4. Anote el nombre completo, igual a la Identificación Oficial Vigente entregada, y el domicilio completo el cual debe ser igual al indicado en el comprobante de domicilio ingresado.

Si no cuenta con el número de cuenta y el número de sucursal, lo puede obtener de su Clabe Interbancaria* de la siguiente forma:



Notas: Aplica sólo para cuentas Banamex

*Su clabe interbancaria la puede obtener del estado de cuenta o de su aplicación móvil.



Recuerde proporcionar su correo electrónico y teléfono celular para informarle el estatus de su trámite.

3 ESPERE la notificación del dictamen



Una vez que entregue todos los documentos, los analizaremos. Cualquier cambio o complemento, reiniciará el conteo del dictamen que corresponde a 30 días naturales.

Finalmente, le notificaremos la resolución de su trámite, y en caso de ser procedente realizaremos el pago. Es importante que los datos de contacto que nos proporcione sean los más actualizados.



Le recordamos que Citibanamex Seguros NO solicita ningún tipo de pago/comisión por la reclamación de su Seguro, en caso de que alguien se ponga en contacto con usted para solicitarlo, comuníquese a nuestro Centro de Atención Telefónica.

Consulte el aviso de privacidad [aquí](#).

Para mayor información del producto, designación de beneficiarios, aclaraciones y cancelaciones, podrá comunicarse al Centro de Contacto de Citibanamex Seguros al 55 1226 8100, en los siguientes horarios de atención: lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas, sábados de 8:00 a 16:00 horas, o a través de nuestra página www.segurosbanamex.com.mx.

Si no está de acuerdo con la atención o servicio recibido, podrá solicitar levantar una aclaración o queja llamando a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Citibanamex Seguros al 55 5062 6723 desde México, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs., y sábados de 8:00 a 16:00 hrs., vía correo electrónico a sbaunecond@citibanamex.com o directamente en la sucursal número 100 de Citibanamex (oficina central) ubicada en la calle de Isabel La Católica 44, Col. Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06000, en la Ciudad de México (acceso por la calle 16 de septiembre), en el siguiente horario de atención: lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hrs. En caso de que su queja no haya sido atendida con oportunidad, podrá referirse a CONDUSEF a través de su página www.condusef.gob.mx o en su caso podrá dirigirse a sus oficinas ubicadas en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, C.P. 03100 en la Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, o enviar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx