

Guía para la solicitud de indemnización de cobertura de otros beneficios. SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES.

En esta guía conocerás los pasos a seguir para solicitar la indemnización de cobertura por beneficios en vida.

1 REPORTA



Ten a la mano tu número de póliza y ponte 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.



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

2 ENTREGA la documentación

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

Documentos:

- **Acta de nacimiento del asegurado** en original o copia certificada.
- **Copia de identificación oficial vigente del asegurado** (Credencial del INE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla SMN).
- **Copia simple de comprobante de domicilio** (teléfono, agua, predial o luz) no mayor a 3 meses
- Para pago en **cuenta de otro Banco**, entregar **estado de cuenta no mayor a 3 meses, y carta original de libre redacción** solicitando el depósito a otro banco e indicando el nombre del banco, número de clabe interbancaria, nombre del asegurado y firma original del asegurado.
- **Para pago en cuenta Banamex**, proporciona el número de Cuenta y Sucursal en el formato "**Carta reclamación para la indemnización de cobertura de otros beneficios**", este formato forma parte de los documentos que recibirás en tu correo electrónico. Si no lo recibes, en esta guía encontrarás un link para descargarla.

Asegúrate de que la cuenta a la que solicitas el depósito esté activa.

Enfermedad grave / Enfermedad terminal / Pérdidas orgánicas:

- **Resumen clínico** completo en original o copia certificada, expedido por una Institución de salud pública, que contenga antecedentes personales patológicos y no patológicos, con fechas específicas de diagnóstico de sus padecimientos, tratamiento y evolución, en hoja membretada y sello de la institución, nombre, firma y cedula del médico tratante. En caso de ser de médico particular se requieren constancias de no afiliación en original a las siguientes instituciones de salud pública: IMSS, ISSSTE e INSABI. La certificación debe ser por la instancia que emite el documento.
- **Resultado de los estudios practicados** (laboratorio y gabinete) en original o copia certificada.

Hospitalización:

- **Resumen clínico completo** en original o copia certificada, expedido por una Institución de salud pública, que contenga antecedentes personales patológicos y no patológicos, con fechas específicas de diagnóstico de sus padecimientos, tratamiento y evolución, en hoja membretada y sello de la institución, nombre firma y cedula del médico tratante. En caso de ser de médico particular se requieren constancias de no afiliación en original a las siguientes instituciones de salud pública: IMSS, ISSSTE e INSABI. La certificación debe ser por la instancia que emite el documento.
- **Resultado de los estudios practicados** (laboratorio y gabinete) en original o copia certificada
- **Constancias de hospitalización y notas de ingreso y egreso** en original o copia certificada, en hoja membretada y firma de trabajo social.
- **Carta firmada por el Asegurado/Beneficiario** narrando los hechos en original.

Invalidez total y permanente:

- **Dictamen emitido por el IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, INSABI o Médico Particular** con especialidad en medicina del trabajo (en este último caso, la carta de no afiliación al IMSS, ISSSTE, ISSEMYM o INSABI emitida por dichas instituciones) en original.

Los documentos solicitados en copia certificada deberán ser expedidos por la instancia que emite (no se reciben copias certificadas por Notario Público)

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.

- Formato "**Carta reclamación para la indemnización de cobertura de otros beneficios**".



Descarga [aquí](#).

O descarga en www.segurosbanamex.com.mx, ingresando a: 1. Servicios, 2. ¿Qué hacer en caso de un siniestro?, 3. Vida o Accidente, 4. Elegir la cobertura, 5. Formato "Carta reclamación para la indemnización de cobertura de otros beneficios"

O si lo prefieres, llama al **Centro de Atención Telefónica** donde podrás solicitarlo.

Consulte la sección [Consideraciones Especiales para el llenado del formato](#).

En caso de Incapacidad, llenar la siguiente sección.

SOLO LLENAR ESTOS CAMPOS EN CASO DE INCAPACIDAD PARA FIRMAR / NO SABER LEER Y/O ESCRIBIR

Si el beneficiario / representante legal no sabe leer y/o escribir o estuviere incapacitado para hacerlo, deberá expresarse esa circunstancia, imprimiendo su huella digital y deberá firmar a su ruego otra persona en presencia de dos testigos.
 *Hacemos constar que en nuestra presencia el (la) C. (nombre completo del beneficiario / representante legal) _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber leer y/o escribir o estar incapacitado para hacerlo, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad, y a su ruego firmó:

NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO	FIRMA	HUELLA BENEFICIARIO / REPRESENTANTE LEGAL
Domicilio y teléfono: _____		
TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO	TESTIGO: FIRMA Y NOMBRE, APELLIDO PATERNO, MATERNO	
Domicilio y teléfono: _____	Domicilio y teléfono: _____	

"ocessada"

En las siguientes secciones palomear los documentos que entregarás.

	CHECK LIST DE DOCUMENTACIÓN MÍNIMA REQUERIDA (Debe estar completa y legible)	OTROS BENEF.	VENCIMIENTOS																															
"De no llenar debidamente todos los campos o no entregar la documentación requerida, la reclamación no será pri"	Original / Copia Certificada	Acta de Nacimiento del Asegurado en su caso puede presentar impresión digital, debe contener los códigos de autenticación.	<input checked="" type="checkbox"/>																															
	Copia Simple	Comprobante de domicilio del Asegurado: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses.	<input checked="" type="checkbox"/>																															
	Original / Copia Certificada	En caso de Beneficiarios: Apoderados/incapacitados/sucesión legal: Documento legal que acredite la representación y apartado de datos del Representación Legal debidamente llenado.	<input checked="" type="checkbox"/>																															
	Copia Simple	Identificación oficial del Asegurado (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN). Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input checked="" type="checkbox"/>																															
	Copia Simple	Identificación oficial del Representante Legal (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN). *Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país*.	<input checked="" type="checkbox"/>																															
	*Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">HOMOCLAVE</td> </tr> </table>												RFC										HOMOCLAVE										<input checked="" type="checkbox"/>
RFC																																		
HOMOCLAVE																																		
	*En todos los casos, es indispensable anotar el R.F.C. con Homoclave, la copia simple del documento solo aplica para PPR y PVBF.																																	
DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS SEGÚN LA COBERTURA RECLAMADA (No aplica para Vencimientos)																																		
DOCUMENTACIÓN / DESCRIPCIÓN COBERTURA	Invalidez Total y Permanente	Reembolso por Ambulancia	Enfermedades Graves	Anticipo por Enfermedad Terminal	Pérdidas Orgánicas u Hospitalización	Diagnósticos de Cáncer	Intervenciones quirúrgicas	Reembolso de Gastos Médicos por accidente o robo.	Daño Psicológico o lesión física por asalto en cajeros automáticos																									
Instrucciones de llenado: 1. Seleccionar la Cobertura a reclamar. 2. Identificar los documentos a entregar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> Original / Copia Certificada de Constancia de Hospitalización deberá contener antecedentes médicos, fecha de inicio de padecimiento y de evolución. En caso de ser expedido por médico privado, deberá entregar debidamente firmadas solicitud de Cartas de no Afiliación a Instituciones de Salud Pública, que serán tramitadas por la compañía aseguradora.	<input checked="" type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> Original / Copia Certificada de Resumen Médico, deberá contener antecedentes médicos, fecha de inicio de padecimiento y de evolución. En caso de ser expedido por médico privado, deberá entregar debidamente firmadas solicitud de Cartas de no Afiliación a Instituciones de Salud Pública, que serán tramitadas por la compañía aseguradora.	<input checked="" type="checkbox"/> (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> Facturas originales del servicio de ambulancia.		<input checked="" type="checkbox"/>																																
<input type="checkbox"/> Original de Carta libre firmada por el asegurado narrando los hechos.	<input checked="" type="checkbox"/> (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> Original / Copia Certificada de Comprobantes de relación laboral (Contrato y Recibos de Pago) o último Estado de Cuenta de la Afore.	<input checked="" type="checkbox"/> (1)																																	
<input type="checkbox"/> Original / Copia Certificada de Estado de Cuenta donde conste hora y fecha de la disposición en cajero automático.									<input checked="" type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> Original / Copia Certificada de Dictamen de Invalidez expedido por Institución de Salud Pública, deberá contener antecedentes médicos, fecha de inicio de padecimiento y de evolución. En caso de ser expedido por médico privado, deberá entregar debidamente firmadas solicitud de Cartas de no Afiliación a Instituciones de Salud Pública, que serán tramitadas por la compañía aseguradora.	<input checked="" type="checkbox"/>																																	
<input type="checkbox"/> En caso de Accidente: Original / Copia Certificada de Resumen de Actuaciones Completas del Ministerio Público (Fe de hechos, resultados de exámenes toxicológicos, alcoholemia. En su caso resultados de Rodzonato de Sodio / Parte de Tránsito.	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																									
(1) No aplica para PPR Nota Importante: La Compañía aseguradora se reserva el derecho de asignar un despacho para la verificación del siniestro reclamado por lo que en su caso podría ser visitado previo aviso.																																		



Recuerda proporcionar tu correo electrónico y teléfono celular para informarte el estatus de tu trámite.

3

ESPERA la notificación del dictamen



Una vez que entregues todos los documentos, los analizaremos. Cualquier cambio o complemento, reiniciará el conteo de días para emitir el dictamen, el cual es de 30 días naturales.

Finalmente, te notificaremos la resolución de tu trámite y en caso de ser procedente realizaremos el pago a la cuenta solicitada.



Te recordamos que Citibanamex Seguros NO solicita ningún tipo de pago/comisión por la reclamación de tu Seguro, en caso de que alguien se ponga en contacto contigo para solicitarlo, comunícate a nuestro Centro de Atención Telefónica.

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

Para mayor información del producto, designación de beneficiarios, aclaraciones y cancelaciones, podrás comunicarte 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 estás de acuerdo con la atención o servicio recibido, puedes 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 tu queja no haya sido atendida con oportunidad, podrás referirte a CONDUSEF a través de su página www.condusef.gob.mx o en su caso puedes dirigirte 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