

Guía para la solicitud de indemnización por fallecimiento. SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

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**
Lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs. | Sábado de 08:00 a 16:00 hrs.
- 👤 Web y chat: www.segurosbanamex.com.mx**
- ✉️ 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 del asegurado** (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.**
- **Para pago en cuenta Banamex**, proporcione el número de Cuenta y Sucursal en el formato "**Carta reclamación para la indemnización de cobertura de Fallecimiento**", este formato forma parte de los documentos que recibirá en su correo electrónico. Si no lo recibe, en esta guía encontrará un link para descargarla.

Asegúrese de que la cuenta a la que solicita el depósito esté activa.

- **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.
- **Copia simple del comprobante de domicilio del beneficiario**, no mayor a tres meses (teléfono, agua, predial o luz).
- En caso de **fallecimiento de algún beneficiario, original o copia certificada del acta de defunción.**
- **En caso de fallecimiento causado por:**
 - **Enfermedad:** presentar el 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 cédula 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.
 - **Accidente:** presentar **actuaciones completas del Ministerio Público** (original o copia certificada).
 - **Accidente con violencia:** **presentar copia u original de la 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

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 "**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. Vida o Accidentes, 4. Fallecimiento, 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. Vida o Accidente, 4. Fallecimiento, 5. Formato "Carta reclamación para la indemnización de cobertura de fallecimiento"

O si lo prefiere, podrá solicitarlos en el Centro de Atención Telefónica.

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

Consideraciones para el llenado de los formatos

Declaración del Beneficiario.

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
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 _____		

d no será válida"

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

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 más de 3 beneficiarios, será necesario el llenado de otro formato con los faltantes.

4. Anote el nombre del beneficiario como aparece en la identificación

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

6. En caso de que sea menor de edad deberá plasmar la huella del menor y la firma del tutor.

DATOS DEL BENEFICIARIO (1)			
NOMBRE (S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO 4		MAYOR DE EDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 5	FIRMA 6
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN Y ESTADO) 7			
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: <input type="checkbox"/> ABONO EN LA CUENTA 8 (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.			

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

8. 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 clabe interbancaria (18 dígitos).

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.

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.- _____		

da "

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 justificar su carácter.

9. Llenar esta sección en caso de que el beneficiario tenga alguna discapacidad, no sepa leer o sea menor de edad.

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 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.

“En caso de no llenar debidamente todos los campos requeridos, la solicitud no será válida”

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.

FECHA DE RECEPCIÓN		
DÍA	MESES	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. Al'n Departamento de Siniestros 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)
---------------	-------------------------------------

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

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

4. Anote el RFC a 10 dígitos y el CURP a 18 dígitos

DATOS DEL ASEGURADO

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)			

SUMA ASEGURADA	OCCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES AÑO)
----------------	------------	------------------------------------

NACIONALIDAD	INDICAR A QUE SERVICIO MÉDICO ESTÁ AFILIADO	SEGURO POPULAR / SALUBRIDAD	No. DE AFILIACIÓN
<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	

5. La Suma Asegurada se encuentra en la carátula de la póliza.

“la reclamación no será procesada”

no llenar debidamente todo:

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: ()
OCCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NACIONALIDAD	

6. Anote el nombre completo, igual a la Identificación Oficial Vigente entregada, y el domicilio completo el cual debe coincidir con el comprobante de domicilio ingresado.

Llenar la siguiente sección sólo en caso de incapacidad para firmar / no saber leer y/o escribir.

la documentación requerida, la rec

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: _____	

En la siguiente sección palomee los documentos que entregará.

De no llenar debidamente todos los campos o no entregar

CHECK LIST DE DOCUMENTACIÓN MÍNIMA REQUERIDA (Debe estar completa y legible)		
DOCUMENTOS BÁSICOS PARA TODOS LOS PRODUCTOS:		Fallecimiento / Gastos Funerarios
Original / Copia Certificada	Acta de Nacimiento del Asegurado. (1) en su caso puede presentar impresión digital, debe contener los códigos de autenticación.	<input type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	Acta de Defunción del Asegurado. En caso de muerte en el extranjero debe presentarla traducida y legalizada por el consulado mexicano.	<input type="checkbox"/>
Copia Simple	Comprobante de domicilio del Beneficiario: (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a tres meses.	<input type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	En caso de Muerte Accidental: Resumen de Actuaciones Completas del Ministerio Público (Fé de hechos, identificación de cadáver, resultados de exámenes toxicológicos, alcoholemia, Necropsia / Autopsia (de ser posible incluir fotos de necropsia / autopsia). En su caso resultados de Rodizonato de Sodio / Parte de Tránsito y de examen de ADN.	<input type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	En caso de Beneficiarios menores de edad / incapacitados / sucesión legal: Documento legal que acredite la representación.	<input 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 type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	Acta de Defunción de algún Beneficiario fallecido anteriormente al asegurado. En caso de muerte en el extranjero debe presentarla traducida y legalizada por el consulado mexicano.	<input type="checkbox"/>
Copia Simple	Identificación oficial del Asegurado (Credencial del IFE o INE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla SMN). Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input type="checkbox"/>
Copia Simple	Identificación oficial de los Beneficiarios (Credencial del IFE o INE vigente, Pasaporte vigente, Cédula Profesional o Cartilla SMN). En caso de menores de edad Acta de Nacimiento en original / copia certificada. Extranjeros se requiere documento que acredite su legal estancia en el país.	<input type="checkbox"/>
Copia Simple	R.F.C. del Beneficiario. (2)	<input type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	<u>Solo aplica en caso de Muerte por Enfermedad (no aplica para Gastos Funerarios)</u> , 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.(3)	<input type="checkbox"/>
Original / Copia Certificada	<u>Solo aplica en caso de Muerte por Enfermedad (no aplica para Gastos Funerarios)</u> , Certificado de Defunción expedido por la Secretaría de Salud.(3)	<input type="checkbox"/>

 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 envío complementario, reiniciará el conteo de días para emitir el dictamen, el cual es de 30 días naturales.

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

 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