

AVISO DE PRIVACIDAD Seguros Banamex, S.A. Integrante del Grupo Financiero Banamex, con domicilio en Venustiano Carranza No. 63, Centro Histórico, Ciudad de México, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06000, México Distrito Federal en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares le avisa que sus datos se tratarán para los fines necesarios para evaluar su solicitud de seguro, en caso de requerirlo el producto, tramitar sus reclamaciones, cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; y no necesarios para prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos relacionados con el Grupo Financiero Banamex. En caso de negarse al uso de los datos para las finalidades no necesarias citados, deberá enviar un escrito libre al correo electrónico protecciondedatosb@banamex.com dentro de los siguientes 5 días hábiles siguientes a la presente verificación de los datos. Ponemos a su disposición el Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanamex.com

Otorgo mi consentimiento a Seguros Banamex, S.A. de C.V. Integrante del Grupo Financiero Banamex, para el uso de la información que proporcionaré con motivo de la presente operación, en los términos del aviso de privacidad antes citado

Folio SISC

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO RECLAMANTE					
NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE CLIENTE	TIPO DE RECLAMACIÓN Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>			
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO					
DOMICILIO PARA LOCALIZACIÓN (CALLE Y NÚMERO)				COLONIA	
CORREO ELECTRÓNICO	C.P.	POBLACIÓN		ESTADO	
TELÉFONOS CASA () TRABAJO () CELULAR ()					
COBERTURA RECLAMADA ROBO O ASALTO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>			FECHA DE RECLAMACIÓN DÍA MES AÑO		

REPORTE DE ROBO O ASALTO	
<input type="checkbox"/> 1.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL (COPIA SIMPLE) <input type="checkbox"/> 2.- ACTA CERTIFICADA ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO	<input type="checkbox"/> 3.- REPORTE HOSPITALARIO * <input type="checkbox"/> 4.- CARÁTULA DE PÓLIZA
NO TENGO NINGÚN INCONVENIENTE EN ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE ME SEA SOLICITADA PARA EL TRÁMITE 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	
"OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE UNA VEZ AGOTADOS LOS TRÁMITES DEL SINIESTRO RESPECTIVO, Y EN CASO DE SER PROCEDENTE EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA, SE PAGUE EL IMPORTE MEDIANTE:	
<input type="checkbox"/> ABONO EN LA CUENTA _____ No. DE CUENTA _____ No. DE SUCURSAL _____ (tipo de cuenta)	
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.	

Asimismo, mediante el(los) depósito(s) o transferencia(s) que se haga(n) en la(s) cuentas(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, otorgando el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándose acción ni derecho alguno que ejercitar en contra de **Seguros Banamex, S.A. de C.V.** y/o de las personas físicas y morales relacionadas con la misma.

Ante la indemnización que ampara este recibo y a mayor abundamiento de los preceptos legales relativos, subrogo(amos) a los aseguradores, hasta la cantidad pagada, en todas las acciones o derechos que me(nos) corresponde(n) en contra de quien(es) quiera que resulte(n) responsables(s) de esta pérdida, y me comprometo(emos) a seguir con los aseguradores acción conjunta de recobro de los términos del artículo 111 de la Ley del Contrato de Seguro, si fuere(mos) para ello requerido(s)

La Compañía se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente

* Reporte otorgado por el hospital donde estuvo internado el Asegurado, el cual indica hora de llegada, salida y motivo de hospitalización.

Le recordamos que sus datos personales están protegidos por la Ley federal de Datos Personales en Posesión de Particulares y que AVISO DE PRIVACIDAD se encuentra disponible en la página de internet de Seguros Banamex. www.segurosbanamex.com	
LUGAR Y FECHA:	FIRMA DEL ASEGURADO RECLAMANTE
	Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales
PARA SER LLENADO POR EL EJECUTIVO DE SERVICIO A CLIENTES BANAMEX	PARA SER LLENADO POR SEGUROS BANAMEX