

Con el objeto de que Seguros Banorte, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcione la siguiente información:

1. Número de póliza: \_\_\_\_\_ a nombre de: \_\_\_\_\_
2. Tipo de Trámite: Inicial ( ) Complemento ( ) Número de siniestro: \_\_\_\_\_
3. Nombre del Asegurado titular: \_\_\_\_\_  
Certificado: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar y país de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ocupación/ profesión/ actividad o giro : \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:  
CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_  
Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: \_\_\_\_\_
4. Datos del Reclamante: \_\_\_\_\_ Mismos del titular ( )  
Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar y país de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ocupación/ profesión/ actividad o giro : \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:  
CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_  
Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: \_\_\_\_\_
5. Datos del Afectado:  
Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar y país de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ocupación (especifique labores diarias): \_\_\_\_\_
6. Fecha en que ocurrió el accidente o iniciaron los síntomas de la enfermedad:  
Fecha de Síntoma: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Fecha de 1er gasto: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_
7. Diagnóstico de la lesión o enfermedad: \_\_\_\_\_
8. En caso de enfermedad, especifique ¿cuales fueron los signos y síntomas presentados por este padecimiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. En caso de accidente detállese ¿cómo y dónde ocurrió? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Se dió aviso a las autoridades correspondientes respecto al accidente ocurrido: Sí ( ) No ( )
11. Refiera si existieron varios diagnósticos para esta enfermedad antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre, dirección y días de internamiento (mencione fechas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. ¿Se encuentra dado de alta en la actualidad? \_\_\_\_\_ Fecha de dicha alta: \_\_\_\_\_
14. Nombre y dirección de su médico tratante \_\_\_\_\_  
e indique ¿desde hace cuánto tiempo lo atiende por este padecimiento? \_\_\_\_\_
15. Nombre, dirección y teléfono de (los) médico(s) que lo atendieron en este accidente o enfermedad (inclúyanse ayudante(s) de cirujano y anestesiólogo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Indíquenos si posee otros seguros de accidentes o enfermedades:  
Compañía: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

17. ¿Ha realizado alguna reclamación por éste padecimiento en otra Compañía de Seguros? Si ( ) No ( )  
 Compañía: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

18. Realice un desglose de sus gastos efectuados, como se indica en el siguiente cuadro:

CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBOS:	MONTO:	CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBO	MONTO
1. _____	_____	\$ _____	11. _____	_____	\$ _____
2. _____	_____	\$ _____	12. _____	_____	\$ _____
3. _____	_____	\$ _____	13. _____	_____	\$ _____
4. _____	_____	\$ _____	14. _____	_____	\$ _____
5. _____	_____	\$ _____	15. _____	_____	\$ _____
6. _____	_____	\$ _____	16. _____	_____	\$ _____
7. _____	_____	\$ _____	17. _____	_____	\$ _____
8. _____	_____	\$ _____	18. _____	_____	\$ _____
9. _____	_____	\$ _____	19. _____	_____	\$ _____
10. _____	_____	\$ _____	20. _____	_____	\$ _____
Total Reclamado					\$ _____

19. Tipo de pago:                      Transferencia\* ( )      Orden de pago ( )      Cheque ( )

\*En caso de solicitar pago por transferencia, favor de ingresar el Formato de Solicitud de Transferencia Institucional debidamente requisitado.

Nombre completo del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE PARA EL TRAMITE**

Los Recibos de gastos contarán con los requisitos que establece la Secretaría de Hacienda.

Los Recibos de Honorarios y Facturas Médicas se acompañarán de los informes médicos correspondientes, y se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

Autorizo al(los) Hospital(es) y al(los) médico(s) que me atiende(n) a proporcionar la información que le(s) sea solicitada por Seguros Banorte S.A de C.V., en relación con el padecimiento objeto de la presente reclamación.

Declaro que como reclamante de esta solicitud, actúo en nombre y por cuenta propia y no por cuenta de un tercero, ejerciendo mis derechos como reclamante de la póliza afectada.

**AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE**, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 800 837 1133 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

Fecha en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hago constar que una copia fotostática de éste informe del reclamante tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe del reclamante puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía, relacionada con el padecimiento que se está declarando en el presente

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del Reclamante