

INSTRUCTIVO

PARA EL LLENADO DE LAS DECLARACIONES.

Antes de proceder a llenar las declaraciones, le pedimos se lean con atención y se cumplan las siguientes instrucciones, teniendo cuidado de revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas, de esta forma se evitarán demoras.

La **DECLARACIÓN 1** debe ser contestada y firmada personalmente por el (los) Beneficiario(s) a quien deba pagarse el seguro, este formato se utiliza cuando la reclamación se debe a consecuencia de fallecimiento.

Cuando la póliza deba pagarse a la sucesión del Asegurado, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copias certificadas de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente.

En caso de que el Beneficiario que reclama el pago del seguro, no sepa leer, deberá expresarse esta circunstancia, imprimir su huella digital, y firmar a su ruego otra persona. La constancia que aparece al pie de la declaración, deberá suscribirse por dos testigos y podrá llenarse con la siguiente redacción:

Hacemos constar que en nuestra presencia

(nombre del Beneficiario)

imprimió su huella digital en virtud de que no sabe firmar, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad con ellas y a su ruego firmó

(nombre de la persona que llena y firma la declaración)

Cuando un seguro deba pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su representante legal, quien deberá justificar su carácter.

En caso de que un Beneficiario sustituto reclame el pago del seguro por haber fallecido el beneficiario principal, deberá justificar dicho fallecimiento, exhibiendo copia certificada del acta de defunción y acreditar su carácter de Beneficiario sustituto.

Si el importe total o parcial del seguro debe pagarse “a los hijos” en general, deberá presentarse una copia certificada del juicio sucesorio intestamentario de bienes a nombre del asegurado.

Si al ocurrir el fallecimiento del Asegurado no hubiere sido aún comprobada su edad a la Compañía, el reclamante deberá presentar certificado de nacimiento u otro documento oficial en el que conste su edad.

La **DECLARACIÓN 2** deberá ser contestada y firmada por el o los médicos que asistieron al paciente, este formato se utiliza cuando la reclamación se debe a consecuencia de fallecimiento.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse de copia certificada del Acta levantada por el Ministerio Público, en forma completa.

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

La Compañía atenderá la reclamación una vez recibida y analizada la documentación correspondiente, en forma completa, con base en las condiciones de la póliza, y por lo tanto, no es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de la misma (indispensable presentar Identificación Oficial y Comprobante de domicilio para cualquier reclamación).

INFORME DEL BENEFICIARIO POR FALLECIMIENTO

Número de Póliza: _____

Vigencia: _____

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Lugar y país de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Parentesco o afinidad con el finado: _____

Ocupación/Profesión/Actividad o Giro: _____

Teléfono en el que se le puede localizar: _____

Proporcionar los siguientes datos solo si se cuenta con ellos:

*Correo electrónico: _____

*CURP: _____ *RFC: _____

*No. Serie del Certificado Digital de la firma avanzada: _____

DATOS DEL FINADO

1.- Nombre completo: _____

2.- Domicilio: _____

3.- Lugar y fecha de nacimiento: _____

4.- Ocupación a la fecha en que ocurrió el fallecimiento: _____

5.- Lugar y fecha en que ocurrió el fallecimiento: _____

6.- Causa del fallecimiento: Accidente Enfermedad

7.- Indique las causas que provocaron el deceso: _____

8.- Fecha en que principió la enfermedad u ocurrió el accidente: _____

9.- Nombre, domicilio y teléfono de los médicos que asistieron al Asegurado durante todo el padecimiento que provocó la muerte: _____

10.- ¿Tiene conocimiento de que el finado haya sido hospitalizado o haya padecido alguna enfermedad, que requiriera tratamiento médico, en los últimos 2 años?

Sí No

En caso afirmativo, indique el padecimiento. Mencione el nombre, domicilio y teléfono del médico tratante así como del Hospital donde fue atendido.

Lugar y fecha _____

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 de seguro 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 segurosbanorte.com

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

Firma _____

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 800 500 2500 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

INFORME MÉDICO POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Número de Póliza: _____

Vigencia: _____

Esta declaración deberá ser llenada por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico que asistió al finado durante su última enfermedad.

DATOS DEL FINADO

Nombre completo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Ocupación a la fecha en que ocurrió el siniestro: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____

Lugar y fecha del fallecimiento: _____

INFORME MÉDICO POR MUERTE DEL ASEGURADO

1. Nombre del hospital en que ocurrió el fallecimiento: _____

El carácter de la Institución es: Pública Privada

2. ¿Cuánto tiempo conoció usted al finado? _____

3. ¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento? _____

4. Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo Alcoholismo Toxicomanías

Cantidad: _____ Cantidad: _____ Cantidad: _____

Tipo: _____ Tipo: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Frecuencia: _____ Frecuencia: _____

5. Indique si el finado tenía alguno(s) de los antecedentes personales patológicos que se enuncian a continuación:

Endocrinos Inmunológicos Traumáticos Otorrinológicos Reumáticos Oncológicos Psiquiátricos Ginecológicos Respiratorios Gástricos Hematológicos Urológicos Neurológicos Cardiológicos Ortopédicos Estéticos Hospitalización por: Cirugías: Tratamiento médico: Otros:

En caso de existir antecedentes indique Principio y Evolución de cada uno de ellos:

6. Fecha en que se diagnosticó la enfermedad que produjo el fallecimiento:

7. Tiempo que estuvo sufriendo el finado de la afección que le causó la muerte:

8. Causas (incluya detalle y fechas del padecimiento).

a) Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte:

b) Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte:

c) Enfermedades crónicas aún y cuando no hayan tenido relación directa con la causa de muerte:

9. Hubo en la muerte del Asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas, consumo de tabaco, o derivados de su ocupación, detalle: _____

10. ¿Padecía el finado alguna enfermedad de origen congénito? Sí NO

En caso afirmativo proporcione detalles _____

11. ¿Tuvo el paciente algún otro médico de asistencia durante su última enfermedad? Sí NO

Sírvase indicar el nombre, teléfono o domicilio de cada uno. _____

12. Describa el cuadro clínico del finado, haciendo énfasis en síntomas iniciales, causas que originan el padecimiento, fechas y evolución

13. ¿Qué estudios clínicos, de gabinete o de laboratorio se practicaron para llegar al diagnóstico? _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre _____ Reg. SSA _____

Domicilio _____ Reg. DGP _____

Teléfono _____ R.F.C. _____

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 de seguro 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 segurosbanorte.com

Fecha

Firma del Médico

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 800 500 2500 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com