

**Instrucciones para el Reclamante (Cliente o Familiar)**

- 1.- Presentar en la sucursal Banorte original y copia de los documentos de acuerdo a la cobertura que se reclama.
- 2.- De existir duda sobre los documentos comunicarse al teléfono: **800 500 2500** (opción 3-2)
- 3.- El trámite de reclamación inicia una vez que se entrega el total de los documentos en la sucursal Banorte que le corresponda.
- 4.- Entregar al funcionario de la sucursal la solicitud de reclamación debidamente llenada y firmada (páginas 1-3), así como los documentos completos (consulte el listado de documentos en la página 4).

**Instrucciones Sucursal (Funcionario)**

- 1.- Revisar que los documentos que recibe del reclamante sean los que se solicitan en este formato (consulte el listado de documentos en la página 4).
- 2.- Entregar al cliente el "Acuse de recibo para el reclamante" con fecha, firma y sello de recibido (página 3).
- 3.- Enviar documentación a SEGUROS BANORTE área de **OFICINA DE SERVICIO BANCA SEGUROS** con carátula de envío.

**Dirección del área de OFICINA DE SERVICIO BANCA SEGUROS**  
Padre Mier 249 PTE. Piso 3, Edificio Alfonso Reyes, Col.Centro Mty. N.L. C.P. 64000  
ENVIAR POR VALIJA EN SOBRE AMARILLO TIPO MANILA

- 4.-El seguimiento del folio estará en el sistema SAPSOA, deberá de revisar el status periódicamente.

**ES MUY IMPORTANTE QUE LLEVE EL DATO DE REMITENTE** en el sobre anexando la caratula de envío.

**Datos del Cliente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de crédito: \_\_\_\_\_ Folio SAPSOA: \_\_\_\_\_  
Coberturas que reclama:  Fallecimiento  Invalidez Total y Permanente  Desempleo  
Involuntario Fecha en que ocurrió (Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente o Desempleo  
Involuntario): \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

**Datos del Reclamante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_  
No. Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Reclamación: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

### 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 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 [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx) Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a las entidades financieras pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demás Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del contrato de seguro celebrado, así como para prospección comercial.

#### Datos del Reclamante

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
FIRMA RECLAMANTE

#### Datos del Funcionario que recibió los documentos en sucursal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha recepción de documentos en Suc: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

Fecha envío a Oficina de Servicio Banca Seguros: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

No. Folio SAPSOA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del funcionario

### Acuse de recibo para el reclamante

Declaro que con fecha \_\_\_\_\_, he recibido y revisado todos los documentos para la reclamación del Seguro a nombre de \_\_\_\_\_ y me fueron entregados por \_\_\_\_\_ para el trámite del pago.

No. Folio SAPSOA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del funcionario

“ENVIAR LA DOCUMENTACION COMPLETA AGILIZA EL DICTAMEN DE ESTA RECLAMACIÓN”

### Etapas del Proceso



**Registro de Folio**  
Tiempo estimado  
2 días hábiles



**Recepción Física**  
Tiempo estimado  
8 días hábiles



**Dictamen**  
Tiempo estimado  
4 días hábiles



**Aplicación de Pago**  
Tiempo estimado  
3 días hábiles

Notas: No se procesan folios con documentación incompleta.

La etapa de dictamen inicia hasta que se reúnen todos los documentos relacionados al siniestro.

Solamente los casos dictaminados pagados se turnan a la etapa de Aplicación de pago.

Los Seguros son operados por Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte.

Consulta términos, condiciones, aviso de privacidad y requisitos de contratación en [segurosbanorte.com](http://segurosbanorte.com)

## Documentos para reclamación de seguro

### FALLECIMIENTO

1. Original de Solicitud de reclamación del Seguro CRÉDITO DE NÓMINA, debidamente requisitada y firmada por reclamante(s).
2. Copia simple legible de identificación oficial del asegurado (IFE, INE o pasaporte vigente), si no se cuenta con ella enviar copia simple legible del acta de nacimiento.
3. Copia simple legible de Identificación oficial del reclamante (IFE, INE o pasaporte vigente).
4. Original o copia certificada del acta de defunción.

### INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1. Original de Solicitud de reclamación del Seguro CRÉDITO DE NÓMINA, debidamente requisitada y firmada por reclamante(s).
2. Copia simple legible de identificación oficial del asegurado (IFE, INE o pasaporte vigente), si no se cuenta con ella enviar copia simple legible del acta de nacimiento.
3. Copia simple legible de Identificación oficial del reclamante (IFE, INE o pasaporte vigente).
4. Original o copia certificada de formato de invalidez total y permanente expedido por el IMSS (forma ST-4) o por la institución a la cual se encuentre afiliado el asegurado. (ISSSTE o PEMEX); en caso de que el asegurado NO sea derechohabiente de ninguna institución del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato Declaración A y B proporcionado por Seguros Banorte, anexando los documentos resultados de laboratorio, gabinete, etc., probatorios del estado de invalidez total y permanente.

### DESEMPLEO INVOLUNTARIO\*

1. Original de Solicitud de reclamación del Seguro CRÉDITO DE NÓMINA, debidamente requisitada y firmada por reclamante(s).
2. Copia simple legible de identificación oficial del asegurado (IFE, INE o pasaporte vigente), si no se cuenta con ella enviar copia simple legible del acta de nacimiento.
3. Copia simple legible de Identificación oficial del reclamante (IFE, INE o pasaporte vigente).
4. Original del Informe de Desempleo debidamente requisitado, firmado y sellado por RH de la empresa donde laboraba el asegurado.
5. Documento original emitido por la empresa que mencione el periodo laborado (inicio y terminación laboral) con firma o sello. En el caso de trabajadores al servicio del Estado, se requiere un documento indicando el tipo de nombramiento.

\*EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO SOLO APLICA PARA CREDITOS OTORGADOS A PARTIR DEL 02 DE JULIO DE 2007, SEGÚN BOLETIN NO. 171/2007 EMITIDO POR BANORTE.

**Nota: Artículo 69.-Ley sobre contrato del seguro: La empresa aseguradora tendrá derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro para determinarse circunstancias y consecuencias del mismo.**