

Instrucciones para el Reclamante (Cliente o Familiar)

- 1.- Presentar en la sucursal de Banorte los documentos de acuerdo a la cobertura que se reclama (original y copia).
- 2.- Para cualquier duda referente a los documentos comunicarse al teléfono: **800 500 2500 Opción 3 Sub menú 2.**
- 3.- El trámite de reclamación inicia una vez que se entrega toda la documentación en la Sucursal de Banorte que le corresponda.
- 4.- Solicitar al funcionario de la Sucursal, que desprendá y entregue el Acuse al Reclamante, cuando usted entregue documentos.

Instrucciones Sucursal (Funcionario)

- 1.- Revisar que los documentos que recibe del Reclamante sean los que se solicitan en el formato.
- 2.- Desprender Acuse y entregar al Reclamante con fecha, firma y sello de recibido.
- 3.- Enviar documentación a **SEGUROS BANORTE** al área de **OFICINA DE SERVICIO BANCA SEGUROS.**
- 4.- Vía email: **administracionderiesgosenseguros@banorte.com** se enviará confirmación de recibido al FUNCIONARIO que envié los documentos, por este motivo, **ES MUY IMPORTANTE** que lleve el dato de **REMITENTE** en el sobre.

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

Datos del Cliente

Nombre: _____
No. de póliza: _____
Fecha de Diagnostico (Enfermedad Grave, Parto Natural y Terapia Psicológica): _____
(dd/mm/aa)

Datos del Reclamante

Nombre: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____
Correo Electrónico: _____

Por este conducto solicito (amos) a Seguros Banorte, S.A. de C.V., el pago de la suma asegurada que me corresponda de acuerdo al seguro en referencia según los términos que se anotan bajo protesta de decir la verdad en esta solicitud.
En caso de que proceda a pago mi reclamación, en el momento en que cobre la orden de pago expedida queda entendido que otorgo a Seguros Banorte, S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en derecho proceda.

Nombre y firma del asegurado/ beneficiario

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 de internet segurosbanorte.com Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea trasferida 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

Fecha: _____
(dd/mm/aa)

Nombre RECLAMANTE: _____

Firma del 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)

Entregar copia del Formato al reclamante con firma y sello de recibido

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.

Nombre y firma del funcionario

Documentos para reclamación de Seguro Cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave (Cáncer de Mamá y Cervicouterino)

- 1.- Solicitud de reclamación debidamente requisitada por Asegurado/Titular.
- 2.- Informe del Médico, por parte del Médico Tratante, con diagnóstico definitivo.
- 3.- Identificación oficial del reclamante (INE o pasaporte vigente, Cedula Profesional).
- 4.- Copia de Interpretaciones de estudios relacionados (debe de incluir resultado de histopatología).
- 5.- Formato de Pago de Transferencia.
- 6.- Estado de cuenta de su Tarjeta de Crédito a la fecha del siniestro (que cubra este).
- 7.- Declaraciones A y B (formatos proporcionados por la Compañía).
- 8.- Original del Aviso de Privacidad debidamente firmado por el Reclamante/Asegurado/Titular.

Documentos para Cobertura de Ayuda por Parto Natural

- 1.- Solicitud de reclamación debidamente requisitada por Asegurado/Titular.
- 2.- Informe del Médico Tratante.
- 3.- Identificación oficial del reclamante (INE o pasaporte vigente, Cedula Profesional).
- 4.- Formato de Pago de Transferencia.
- 5.- Comprobante Atención Médica: Hospital Privado copia de factura con desglose de gasto (debe especificar el motivo de atención). (Puede acompañar de Copia de Autorización de Servicios de su Seguro de Gastos Médicos, en caso de contar con este último).
- 6.- Estado de cuenta de su Tarjeta de Crédito a la fecha del siniestro (que cubra este).
- 7.- Original del Aviso de Privacidad debidamente firmado por el Reclamante/Asegurado/Titular

Documentos para Cobertura de Terapia Psicológica o Psiquiátrica

- 1.- Solicitud de reclamación debidamente requisitada por Asegurado/Titular.
- 2.- Identificación oficial del reclamante (INE o pasaporte vigente, Cedula Profesional).
- 3.- Formato de Pago de Transferencia.
- 4.- Informe del Médico Tratante (Psicólogo/Psiquiatra).
- 5.- En caso de reclamar reembolso de gastos por medicamentos, es necesario anexar copias de recetas médicas expedidas por el Psiquiatra Tratante y original de recibos o facturas que amparen la compra de dichos medicamentos.
- 6.- En caso de necesitar Terapia a consecuencia del diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas, es necesario adjuntar la misma documentación solicitada para la cobertura de indemnización por Enfermedad Grave.
- 7.- Estado de cuenta de su Tarjeta de Crédito a la fecha del siniestro (que cubra este).
- 8.- Original del Aviso de Privacidad debidamente firmado por el Reclamante/Asegurado/Titular.

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.