

### Instrucciones para el Reclamante (Empleado o Familiar)

- 1.- Presentar en el área de Recursos Humanos los documentos de acuerdo al riesgo que se reclama (Fallecimiento, Invalidez, Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas).
- 2.- El trámite de reclamación inicia una vez que se entrega el total de los documentos en el área de Recursos Humanos de acuerdo a la Territorial que pertenezca.
- 3.- Solicitar al funcionario de la sucursal, que desprenda y entregue el Acuse al Reclamante (pág. 3), en caso de que se entregue la documentación en sucursal.
- 4.- Toda la documentación debe de ser legible y digitalizada. Enviar la documentación completa agiliza el dictamen de esta reclamación.

### Instrucciones para el Área de Recursos Humanos

- 1.- Revisar que los documentos que recibe del reclamante sean los que se solicitan en el formato.
- 2.- Revisar que el reclamante presente 2 juegos de la documentación.
- 3.- Desprender acuse al reclamante y entregar con fecha, firma y sello de recibido.
- 4.- Entregar documentación a Area de Dir. Administracion de Recursos Humanos, Torre KOI.
- 5.- Vía email: **Dante.avila.martinez@banorte.com** enviará confirmación de recibido a la Gerencia

### Datos del Empleado

Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de Empleado: \_\_\_\_\_  
Cobertura que reclama: Fallecimiento  Invalidez Total y Permanente  Muerte Accidental   
Pérdidas Orgánicas   
Fecha en que ocurrió el evento: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

### Datos del Reclamante (Jubilado o Familiar)

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

### AVISO DE PRIVACIDAD

**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 del siniestro, objeto de la presente reclamación y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Usted puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, en el sitio de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx).

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a sus derechos conforme a la póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

**LAS PARTES** manifiestan su consentimiento en suscribir el presente documento y refieren a que el consentimiento de las partes puede manifestarse por medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, siempre que la información generada o comunicada en forma íntegra, a través de dichos medios sea atribuible a las personas obligadas y accesible para su ulterior consulta, lo anterior de conformidad con lo estipulado en los artículos 1 y 1803 del Código Civil Federal, así como el artículo 210 –A del Código de Procedimientos Civiles Federal en relación con lo dispuesto en el Artículo 89 del Comercio de Comercio cuyo precepto legal contempla que las firmas generadas en medios electrónicos, ópticos o de cualquiera otra tecnología se puedan denominar firmas electrónicas, las cuales tendrán pena validez jurídica contemplando tanto la firma electrónica como la firma electrónica avanzada o fiable.

En caso del que la firma de la presente solicitud sea de forma digital, reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo con términos y condiciones para el uso de dicha firma y tramitar el pago del siniestro descrito en el presente documento, así como los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado del uso de la misma.

Precisando que la información personal señalada en forma digital es real y verídica.

Autorizo recibir información, notificaciones y documentación con tractual del seguro señalado, así como comunicaciones vinculadas con el pago de siniestros, por medio del correo electrónico antes señalado. Y que los términos y condiciones que los puedo consultar directamente en la página de internet [segurosbanorte.com](http://segurosbanorte.com)

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información asentada en el presente documento, es verídica y que en caso de alguna omisión e inexacta declaración Cualquiera omisión o inexacta en los hechos asentados, la LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, faculta a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Entrego la documentación antes relacionada para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será con base en las condiciones de la póliza del seguro.

**Autorizo a Seguros Banorte S.A. de C.V. y a los terceros proveedores contratados por Seguros Banorte S.A. de C.V.** que me atiende(n) en el proceso de reclamación y/o reporte de siniestro a solicitarme información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro objeto de la presente reclamación y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, así como a verificar con las personas que tengan conocimiento del siniestro, los hechos plasmados en mi declaración, en caso de que Seguros Banorte S.A. de C.V. así lo requiera.

Declaro y manifiesto 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.

---

### Datos del Personal que Recibió los Documentos en Recursos Humanos

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

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

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

Fecha de envío a R.H: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aa)

---

Nombre y Firma del Personal de Recursos Humanos

**Documentos para Reclamación de Seguro**

| FALLECIMIENTO                |            |  |
|------------------------------|------------|--|
| Recabar por                  | Reclamante | 1. Declaraciones 1 y 2 (formatos proporcionados por la Compañía).  |
|                              |            | 2. Acta de defunción del asegurado.  |
|                              |            | 3. Identificación oficial vigente con foto y firma de los beneficiarios y asegurado (INE o pasaporte), o acta de nacimiento en caso de no contar con ella. |
|                              | RH         | 4. Último recibo de nómina.  |
|                              |            | 5. Consentimiento individual del seguro con la designación del beneficiario.   |
| INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE |            |  |
| Recabar por                  | Reclamante | 1. Declaraciones A y B (formatos proporcionados por la Compañía).  |
|                              |            | 2. Documento certificada del formato de Invalidez total y permanente expedido por el IMSS.   |
|                              |            | 3. Identificación oficial y vigente con foto y firma del reclamante (INE o pasaporte) o acta de nacimiento en caso de no contar con ella.                  |
|                              | RH         | 4. Último recibo de nómina.  |
| PERDIDAS ORGANICAS           |            |  |
| Recabar por                  | Reclamante | 1. En caso de reclamarse esta cobertura, además de enviar los documentos solicitados para invalidez total y permanente,                                    |
| MUERTE ACCIDENTAL            |            |  |
| Recabar por                  | Reclamante | 1. En caso de reclamarse esta cobertura, además de enviar los documentos solicitados para Fallecimiento, anexar las actuaciones del ministerio público.    |
|                              |            | 2. Aviso de privacidad firmado por el reclamante y beneficiarios (formato proporcionado por la compañía)   |
|                              |            | 3. Identificación oficial y vigente con foto y firma del asegurado si lo tuviese (INE o pasaporte) o acta de nacimiento en caso de no contar con ella.     |

Nota: En el Acta levantada por el Ministerio Público debe de contener:

\*Parte de Tránsito o de la Policía Federal de Caminos

\*Levantamiento de cadáver y fe ministerial

\* Testigo de Identidad del cadáver

\* Declaración de testigos de hechos

\* Dictamen de los peritos de cómo ocurrieron los hechos

\* Resultados de los exámenes toxicológicos y de alcoholemia \*Dictamen de necropsia (o bien, la dispensa de la misma)

\*Resultado de prueba de Harrison (rodizonato de sodio)

\* Dictamen de los peritos en materia de criminalística de campo.

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