

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 A** 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 una causa diferente a fallecimiento.

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.

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

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 RECLAMANTE

Número de Póliza: _____

Vigencia: _____

Núm. de Certificación: _____

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Lugar y país de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación/Profesión/Actividad o Giro: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____

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: _____

COBERTURA QUE RECLAMA:_____
_____**INFORME**

1. Fecha en que ocurrió el accidente o iniciaron los síntomas de la enfermedad

2. Diagnóstico de la lesión o enfermedad

3. En caso de accidente detállese ¿cómo, cuándo y dónde ocurrió?

4. Refiera si existieron varios diagnósticos para este padecimiento antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: _____

5. En caso de haber estado hospitalizado, refiera el nombre, dirección y teléfono del Hospital y días de internamiento (mencione fechas) _____

6. Nombre y dirección de su médico familiar o de cabecera:

¿Desde hace cuánto tiempo lo atiende? _____

7. Nombre, dirección y teléfono de los médicos que lo atendieron en este accidente o enfermedad:

8. Indique el período en que quedó totalmente incapacitado para el desempeño de todas y cada una de las labores propias de su ocupación

Si después de este período, o después del accidente, quedó incapacitado de manera parcial para continuar el desempeño de sus labores ocupacionales, refiera el motivo de esta incapacidad y la duración de la misma.

9. Indique si tiene otras pólizas con otra(s) Compañía(s) de Seguro, con la misma cobertura que aquí se reclama: Sí NO

En caso afirmativo indique el nombre de la Compañía y el monto reclamado: _____

10. ¿Ha sido hospitalizado por 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. _____

El Asegurado autoriza a los médicos, hospitales, clínicas, etc. que lo hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, para que proporcionen a Seguros Banorte, S. A. de C. V., todos los informes referentes a su estado de salud en caso de enfermedad o accidente para lo cual los libera, con relación a su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudieran incurrir al proporcionar tales informes.

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.

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

Fecha: _____

Nombre y Firma: _____

INFORME MÉDICO

(Formato exclusivo para ser llenado por el médico tratante)

Número de Póliza: _____

Vigencia: _____

Núm. de Certificación: _____

DATOS DEL ASEGURADO (Paciente).

Nombre completo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Ocupación del Asegurado a la fecha en que ocurrió el siniestro: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____

INFORME MÉDICO POR:

- Pérdidas Orgánicas
- Invalidez Total y Permanente
- Enfermedad o Accidente

INFORME

11. Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Toxicomanías <input type="checkbox"/>
Cantidad: _____	Cantidad: _____	Cantidad: _____
Tipo: _____	Tipo: _____	Tipo: _____
Frecuencia: _____	Frecuencia: _____	Frecuencia: _____

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

Endocrinos <input type="checkbox"/>	Inmunológicos <input type="checkbox"/>	Traumáticos <input type="checkbox"/>	Otorrinológicos <input type="checkbox"/>
Reumáticos <input type="checkbox"/>	Oncológicos <input type="checkbox"/>	Psiquiátricos <input type="checkbox"/>	Ginecológicos <input type="checkbox"/>
Respiratorios <input type="checkbox"/>	Gástricos <input type="checkbox"/>	Hematológicos <input type="checkbox"/>	Urológicos <input type="checkbox"/>
Neurológicos <input type="checkbox"/>	Cardiológicos <input type="checkbox"/>	Ortopédicos <input type="checkbox"/>	Estéticos <input type="checkbox"/>

Hospitalización por: Cirugías: Tratamiento médico: Otros:

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

13. Diagnóstico de la lesión o enfermedad _____

14. Nombre del hospital en que se atendió este accidente o enfermedad: _____

El carácter de la Institución es: Pública Privada

15. Fecha en que se realizó dicho diagnóstico: _____

16. Fecha en que por primera vez consultó al Asegurado por este accidente o enfermedad: _____

17. Describa el cuadro clínico del Asegurado, haciendo énfasis en síntomas iniciales, causas que originan el padecimiento, fechas, evolución y estado actual:

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

19. ¿Padece el Asegurado alguna enfermedad de origen congénito? Sí NO

En caso afirmativo proporcione detalles: _____

20. En caso de haber necesitado interconsultas, con otras especialidades, especifique el motivo y refiera nombre y teléfono de los médicos especialistas _____

21. En caso de haberse practicado cirugías favor de indicar el tipo, fecha y lugar de realización _____

22. La enfermedad o accidente sufrida por el Asegurado le produce, de forma permanente, incapacidad para el desempeño de todas y cada una de las labores propias de su ocupación? Sí NO

Es caso afirmativo, indique los motivos que fundamentan dicho diagnóstico _____

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

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

Nombre _____ Reg. SSA _____

Dirección _____ Reg. DGP _____

Teléfono _____ R.F.C. _____

Fecha

Firma del Médico