

Con el objeto de que Seguros Banorte, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcione la siguiente información:

- Número de póliza: \_\_\_\_\_ a nombre de: \_\_\_\_\_
- Tipo de Trámite: Inicial ( ) Complemento ( ) Número de Siniestro: \_\_\_\_\_
- Nombre del Asegurado titular: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_  
Nombre del afectado: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Ocupación (especifique labores diarias): \_\_\_\_\_
- Fecha en que ocurrió el accidente o iniciaron los síntomas de la enfermedad:  
Fecha de Síntoma: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Fecha de 1er gasto: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Diagnóstico de la lesión o enfermedad: \_\_\_\_\_
- En caso de enfermedad, especifique ¿cuales fueron los signos y síntomas presentados por este padecimiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En caso de accidente detállese ¿cómo y dónde ocurrió? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Se dió aviso a las autoridades correspondientes respecto al accidente ocurrido: Sí ( ) No ( )
- Refiera si existieron varios diagnósticos para esta enfermedad antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre, dirección y días de internamiento (mencione fechas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra dado de alta en la actualidad? \_\_\_\_\_ Fecha de dicha alta: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección de su médico tratante \_\_\_\_\_ e  
indique ¿desde hace cuánto tiempo lo atiende por este padecimiento? \_\_\_\_\_
- Nombre, dirección y teléfono de (los) médico(s) que lo atendieron en este accidente o enfermedad (inclúyanse ayudante(s) de cirujano y anestesiólogo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indíquenos si posee otros seguros de accidentes o enfermedades:  
Compañía: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

16. ¿Está tramitando actualmente esta misma reclamación en otra Compañía de Seguros? Si ( ) No ( )

Compañía: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

17. Realice un desglose de sus gastos efectuados, como se indica en el siguiente cuadro:

CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBOS:	MONTO:	CONCEPTO:	NO. DE FACTURA Y/O RECIBO	MONTO
1. _____	_____	\$ _____	11. _____	_____	\$ _____
2. _____	_____	\$ _____	12. _____	_____	\$ _____
3. _____	_____	\$ _____	13. _____	_____	\$ _____
4. _____	_____	\$ _____	14. _____	_____	\$ _____
5. _____	_____	\$ _____	15. _____	_____	\$ _____
6. _____	_____	\$ _____	16. _____	_____	\$ _____
7. _____	_____	\$ _____	17. _____	_____	\$ _____
8. _____	_____	\$ _____	18. _____	_____	\$ _____
9. _____	_____	\$ _____	19. _____	_____	\$ _____
10. _____	_____	\$ _____	20. _____	_____	\$ _____
Total Reclamado					\$ _____

Nota: Todos los gastos erogados en 2014 deberán presentarse con su archivo xml digital

18. Hasta este momento y en referencia a sus recibos que nos anexa a este informe:

- a. Se encuentran completos y no habrá más en el futuro. ( )
- b. Se encuentran incompletos por faltar recibos anteriores a esta fecha. ( )
- c. Se encuentran incompletos ya que habrá más en fechas futuras por continuación del tratamiento. ( )

19. Tipo de pago: Transferencia\* ( ) Orden de pago ( )

\*En caso de solicitar pago por transferencia, favor de ingresar el Formato de Solicitud de Transferencia Institucional debidamente requisitado.

Nombre completo del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE PARA EL RECLAMANTE

Los Recibos de gastos contarán con los requisitos que establece la Secretaría de Hacienda y por lo tanto quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.

Los Recibos de Honorarios Médicos se acompañarán de los informes médicos correspondientes, y se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

Autorizo al(los) Hospital(es) y al(los) médico(s) que me atiende(n) a proporcionar la información que le(s) sea solicitada por Seguros Banorte S.A de C.V., en relación con el padecimiento objeto de la presente reclamación.

**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 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)

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 500 2500 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

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