

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, proporciono la siguiente información:

1. Número de póliza: _____ a nombre de: _____
2. Tipo de Trámite: Inicial () Complemento () Número de Siniestro: _____
3. Nombre del Asegurado Titular: _____
Certificado: _____
Nombre del afectado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
4. Ocupación (especifique labores diarias): _____
5. 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 _____
6. Diagnóstico de la lesión o enfermedad: _____
7. En caso de enfermedad, especifique ¿cuales fueron los signos y síntomas presentados por este padecimiento? _____

8. En caso de accidente detállese ¿cómo y dónde ocurrió? _____

9. Se dió aviso a las autoridades correspondientes respecto al accidente ocurrido: Sí () No ()
10. Refiera si existieron varios diagnósticos para esta enfermedad antes de llegar al definitivo y de ser así mencione dichos diagnósticos y fechas de realización: _____

11. En caso de haber necesitado de hospitalización, refiera el nombre, dirección y días de internamiento (mencione fechas): _____

12. ¿Se encuentra dado de alta en la actualidad? _____ Fecha de dicha alta: _____
13. Nombre y dirección de su médico tratante _____
_____ e indique ¿desde hace cuánto tiempo lo atiende por este padecimiento? _____
14. Nombre, dirección y teléfono de (los) médico(s) que lo atendieron en este accidente o enfermedad (incluyanse ayudante(s) de cirujano y anestesiólogo): _____

15. 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. En caso de programación de estudios, cirugía y/o entrega de medicamentos favor de especificar:

18. 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 \$ _____

19. 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. ()

20. Tipo de pago: Transferencia* () Cheque ()

*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 las finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 800 201 6764 y la página de internet: www.serviciosmedicospjf.com

Acepto recibir comunicaciones de prospección comercial No acepto recibir comunicaciones de prospección comercial

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Firma del Reclamante