

INFORME DEL ASEGURADO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Número de Póliza: _____

Certificado: _____

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Lugar y país de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación/Profesión/Actividad o Giro: _____

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: _____

Diagnóstico de la enfermedad terminal: _____

Lugar y fecha en que se le diagnosticó la enfermedad: _____

Causa de la enfermedad: Accidente Enfermedad

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 y no por cuenta de un tercero, ejerciendo mis derechos como beneficiario de la póliza afectada.

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 500 2500 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Firma del Reclamante _____