

INFORME DEL ASEGURADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTENúmero de Póliza: 117508

Certificado: _____

DATOS DEL RECLAMANTE (BENEFICIARIO)

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

RFC: _____

CURP: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Ocupación a la fecha en que ocurrió la invalidez: _____

Lugar y fecha en que ocurrió la invalidez: _____

Causa de la invalidez : Accidente Enfermedad

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 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 www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 522 7427 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Firma del Reclamante _____