

INFORME DEL BENEFICIARIO POR FALLECIMIENTO

DATOS DEL RECLAMANTE (BENEFICIARIO)

Nombre completo: _____
Domicilio: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Parentesco o afinidad con el finado: _____

DATOS DEL RECLAMANTE (ASEGURADO)

Nombre completo: _____
RFC con homoclave: _____
CURP: _____
Domicilio: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Ocupación a la fecha en que ocurrió el fallecimiento: _____
Lugar y fecha en que ocurrió el fallecimiento: _____

Causa del fallecimiento: **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. Al firmar el presente documento el titular de los datos consiente el uso de sus datos personales, datos personales sensibles, financieros y/o patrimoniales, que 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 la página de internet www.segurosbanorte.com.mx.

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 800 522 7427

Fecha en: _____ el día _____ de _____ de _____
Dirección: _____
Tel: _____ Correo electrónico: _____
Teléfono móvil: _____

Firma del Reclamante