

## INFORME DEL ASEGURADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

RFC con homoclave: \_\_\_\_\_

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. 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](http://www.segurosbanorte.com.mx).

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

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