

**INFORME DEL BENEFICIARIO POR FALLECIMIENTO**

**Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Certificado:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RECLAMANTE (BENEFICIARIO)**

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

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

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco o afinidad con el finado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FINADO**

1.- Nombre completo: \_\_\_\_\_

2.- Domicilio: \_\_\_\_\_

3.- Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4.- Ocupación a la fecha en que ocurrió el fallecimiento: \_\_\_\_\_

5.- Lugar y fecha en que ocurrió el fallecimiento: \_\_\_\_\_

6.- Causa del fallecimiento:    Accidente        Enfermedad   

---

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

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 500 2500 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

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

---

---