

Con el objeto de que Seguros Banorte, S.A. de C.V., pueda dar trámite a la reclamación derivada del Contrato de Seguro contenida en la póliza abajo citada, proporcione la siguiente información:

Datos del Asegurado Titular (Reclamante)

Nombre completo: GRISELDA MUÑOZ POLANCO

Domicilio: ZACATECAS #15 Vanequij, SLP

Contratante () Apoderado Legal () Beneficiario Preferente ()*

Póliza: 2168488

Fecha de nacimiento: 14/03/1930

Lugar y país de nacimiento: VANEGAS, SLP, MEXICO

Nacionalidad: MEXICANA

Ocupación / profesión / actividad o giro: COMERCIANTE

Teléfono: _____

Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:

Correo electrónico: grissammb@hotmail.com

CURP: MURGE0314MSPXUR01

RFC: _____

Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____

Datos del Representante o Apoderado Legal del Cliente*

Persona Física () Persona Moral ()

Datos de Persona Física

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar y país de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Ocupación / profesión / actividad o giro: _____

Teléfono: _____

Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:

Correo electrónico: _____

CURP: _____

RFC: _____

Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____

Datos de Persona Moral

Denominación o razón social: _____

Se cuenta con el expediente de Identificación de Beneficiarios Preferente: _____

Sí () No ()*

Domicilio: _____

Póliza: _____

Nacionalidad: _____

RFC: _____

Fecha de constitución: _____

Giro mercantil, actividad u objeto social: _____

Fólio Mercantil: _____

Teléfono de dicho domicilio: _____

Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:

Correo electrónico: _____

Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____

En caso de Pérdida Total, ¿el vehículo se encuentra en garantía de crédito?:

Sí () No ()

Datos del Beneficiario Preferente*

Denominación o razón social: _____

Se cuenta con el expediente de Identificación de Beneficiarios Preferente: _____

Sí () No ()*

Domicilio: _____

Nacionalidad: _____

RFC: _____

Fecha de constitución: _____

Giro mercantil, actividad u objeto social: _____

Fólio Mercantil: _____

Teléfono de dicho domicilio: _____

Proporcionar los siguientes datos sólo si se cuenta con ellos:

Correo electrónico: _____

Número de serie del certificado digital de la firma avanzada: _____

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 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

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 reclamante de la póliza afectada.

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01 55 5078 1449 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Griselda Muñoz B. Chaves
Nombre y firma del Reclamante

