



Reclamación por fallecimiento

Para ser llenado por los beneficiarios

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Finado		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Edad al Fallecimiento (Años cumplidos)
Nacionalidad	Estado Civil	Ocupación o Profesión al Fallecimiento		Ocupación o Profesión al Emitir la Póliza	
Domicilio Particular: Calle y Número			Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio
Ciudad o Población			Entidad Federativa		
Nombre de la Empresa o Patrón:			No. de Afiliación: IMSS:		ISSSTE:
Actividad o giro del negocio		Teléfonos de contacto		Correo electrónico	
Clave Única de Registro de Población (CURP)			Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		

DATOS DEL SEGURO

Nombre del Contratante		No. Póliza	No. Certificado
Si el finado tenía contratadas otras pólizas de Seguro de Vida; especificar:			
Compañía		Suma asegurada:	

Reclamación por fallecimiento

Para ser llenado por los beneficiarios

CAUSA Y DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Lugar de Fallecimiento	Fecha de Fallecimiento Día Mes Año	Hora de Fallecimiento
Causa(s) de la Muerte	Fecha de inicio de síntomas o signos Día Mes Año	Fecha en que el finado consultó a un médico Día Mes Año
En caso de que el fallecimiento hubiera ocurrido en algún hospital especificar: Nombre y Dirección	Fecha de ingreso al Hospital Día Mes Año	No. de días hospitalizado
Datos de los médicos que atendieron al finado Nombre Completo	Dirección	Teléfono

PARA LLENARSE ÚNICAMENTE EN CASO DE MUERTE VIOLENTA

Fue presunto: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora
Lugar donde ocurrió el fallecimiento: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Edificio Público <input type="checkbox"/> Otro: _____
Describe brevemente los hechos que dieron causa a la muerte:
Intervinieron en la muerte efectos directos o indirectos por el uso de bebidas alcohólicas, estimulantes, drogas o por su ocupación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique: _____
Autoridad que tomó conocimiento No. de Acta del Ministerio Público Otras Autoridades que tomaron conocimiento



Reclamación por fallecimiento

Para ser llenado por los beneficiarios

BENEFICIARIOS:

Importante llenar los datos solicitados y firmar (Domicilio para cualquier notificación respecto a esta reclamación)

Nombre	Parentesco	Domicilio y Teléfono	Firma

Como contratante, y/o asegurado de la póliza arriba citada, autorizo(amos) y faculto(amos) expresamente y de manera irrevocable a HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC para verificar y solicitar directamente o en mi (nuestro) nombre y representación, cualquier información y documentación relacionada con la póliza, con el siniestro origen de la reclamación que se presenta, con los antecedentes de la persona o bien asegurado y con el propio riesgo asegurado (incluyendo de manera enunciativa y no limitativa informes y expedientes médicos, forenses, de propiedad, de antecedentes de salud, etcétera) a cualesquiera personas, incluidos de manera enunciativa y no limitativa médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, centros de salud, consultorios, agencias del ministerio público, servicios médicos forenses, instituciones de crédito, instituciones de seguros, y demás entidades públicas o privadas, autorizando a dichas personas para proporcionar directamente a la Institución de Seguros emitente de la póliza la información y documentación que se les solicite y por supuesto relevándoles de toda responsabilidad u obligación de discreción o reserva, incluidos el secreto bancario, fiduciario o profesional.

CLÁUSULA DE CARÁCTER GENERAL CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento y enterado del alcance del aviso de privacidad, autorizo expresamente para que los datos personales, sensibles y financieros o patrimoniales proporcionados, puedan ser utilizados por HSBC Seguros, S.A. de C.V., Grupo Financiero HSBC, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias del Grupo HSBC, para los fines descritos, en el aviso de privacidad.

Asimismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Nombre y Firma del Beneficiario

Lugar y Fecha:
_____ a _____ de _____ del _____

Reclamación por fallecimiento

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o médico tratante

DATOS DEL MÉDICO

Nombre Completo	No. de Cédula Profesional
Domicilio del Consultorio, Hospital, Sanatorio o Clínica	Teléfono

DATOS RELACIONADOS CON EL FINADO

Nombre Completo del Finado	No. de Cédula Profesional		
Atendió usted personalmente al finado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiempo que lo atendió	Cuándo fue consultado por 1ª. vez Día Mes Año	Cuándo lo atendió por última vez Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Causa(s) del Fallecimiento				
Síntomas iniciales	Fecha de inicio de síntomas o signos	Día	Mes	Año
Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico	Día	Mes	Año
Evolución del(de los) Padecimiento(s)				
Especifique los estudios de laboratorio y gabinete realizados con motivo de la enfermedad que produjo el fallecimiento		Fecha del Estudio		
Estudio(s)	Resultado(s)	Día	Mes	Año

Reclamación por fallecimiento

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o médico tratante

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Otras enfermedades que estuvieron relacionadas con la muerte Enfermedad	Duración
Otras enfermedades no relacionadas con la muerte Enfermedad	Duración

PARA LLENARSE ÚNICAMENTE EN CASO DE MUERTE VIOLENTA

Causa de Muerte	
¿Intervinieron en la muerte efectos directos o indirectos por el uso de bebidas alcohólicas, estimulantes o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se realizó estudio químico toxicológico(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro tipo de estudios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique: _____	
Lugar y Fecha: _____ a _____ de _____ del _____	_____ Firma del Médico