

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:		

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	
<i>Datos de los médicos que atendieron al finado</i>					
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: _____		
Describa 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"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:		
Autoridad que tomó conocimiento		No. de Acta del Ministerio Público
Otras Autoridades que tomaron conocimiento		

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.

Así mismo 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 _____

Anverso

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			
Atendió usted personalmente al finado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiempo que lo atendió	Quando fue consultado por 1ª. vez Día Mes Año	Quando 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 <i>Estudio(s)</i>	<i>Resultado(s)</i>	Fecha del Estudio Día Mes Año
Otras enfermedades que estuvieron relacionadas con la muerte <i>Enfermedad</i>		
		<i>Duración</i>
Otras enfermedades no relacionadas con la muerte <i>Enfermedad</i>		
		<i>Duración</i>

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

Reverso