

FORMATO DE "RECLAMACION DE PAGO DE INDEMNIZACION POR SINIESTRO"

Nota: La presente solicitud no será recibida si presenta tachaduras o enmendaduras

SECCION I.- DATOS DEL SEGURO

ASEGURADO:	No. de Póliza / No.Crédito	
	Apellido Paterno:	
	Apellido Materno:	
	Nombre(s):	

SECCION II.- DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO

Asegurado en coberturas de: Supervivencia, Invalidez, Pérdida(s) Orgánica(s), Fractura(s) de Hueso(s), Enfermedad Terminal, Infarto y Cáncer

BENEFICIARIO:	Apellido Paterno:	
	Apellido Materno:	
	Nombre(s):	
Representado por: (en su caso)	Apellido Paterno:	
	Apellido Materno:	
	Nombre(s):	
Carácter con el que representa: (Padre/Madre, Tutor legal, Apoderado, etc.)		
Cuenta HSBC del Beneficiario:		
En caso de ser cuenta en OTRO BANCO, favor de anotar la Cuenta CLABE del Beneficiario: (Será necesario entregar una copia del Estado de Cuenta para verificar este dato)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> La cuenta CLABE se compone de 18 dígitos Nombre del Banco </div>

Domicilio de Beneficiario(s):			
(Para efectuar cualquier notificación)	Calle y número (Ext. e Int.)		
Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio	
Ciudad o Población	Entidad Federativa	Teléfono (s)	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Nacionalidad	Ocupación o profesión	Actividad o giro del negocio
CURP	RFC	Correo electrónico	

SECCION III.- DATOS DEL SINIESTRO SUFRIDO POR ASEGURADO

() Fallecimiento	() Invalidez Total y Permanente	() Pérdida Orgánica y/o Fractura de Huesos	() Supervivencia	() Enfermedad Terminal, Infarto y Cáncer

SECCION IV.- DOCUMENTOS ADJUNTOS	
ORIGINAL / COPIA	DESCRIPCION DEL DOCUMENTO
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

SECCION V.- SOLICITUD Y CONFORMIDAD

<p>Por el presente y en mi carácter de Beneficiario, Contratante o Asegurado, solicito a HSBC Seguros, S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC en lo sucesivo "HSBC SEGUROS" el pago de la indemnización que en su caso me corresponda en términos del contrato de seguro cuyo número de póliza se indica en este documento.</p> <p>Al efecto, pido que el pago se realice mediante abono a la cuenta HSBC a nombre del Beneficiario, Contratante o Asegurado señalado en esta solicitud, abierta en HSBC México, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero HSBC o en otro Banco especificado en esta misma solicitud.</p> <p>En caso de resultar procedente el pago en mi favor, mediante el presente otorgo finiquito más amplio que en derecho corresponda para todos los efectos legales a que haya lugar, respecto de las cantidades que me sean pagadas en la forma solicitada, declarando por tanto que no me reservo ninguna acción pasada, presente o futura de carácter civil, mercantil, administrativo, penal o de cualquier otra índole que pudiera ejercitar en contra de HSBC Seguros, así como del Grupo Financiero HSBC, S.A. de C.V., y cualquiera de sus filiales, sus directivos, funcionarios, empleados o prestadores de servicios. Para efecto de cualquier notificación relacionada al seguro que nos ocupa, señalo el indicado en este documento y me comprometo a proporcionar en el término que se me indique toda información y documentación que me sea solicitada con relación al Asegurado, Contratante, Beneficiario(s) del Seguro y al siniestro origen de la presente reclamación. Manifiesto que la información y documentación que se proporciona es real, actual y veraz. Por otra parte, autorizo a HSBC SEGUROS, así como al Grupo Financiero HSBC, S.A. de C.V., y cualquiera de sus filiales, sus directivos, funcionarios, empleados o prestadores de servicios, así como a las demás subsidiarias de HSBC Holdings, plc., para proporcionarse, compartir e intercambiar cualquier tipo de información y documentación del suscrito y de las operaciones que celebre con las mismas, sin que implique violación al secreto bancario, bursátil, fiduciario u obligación de reserva alguna.</p>	<p>Atentamente</p> <p>BENEFICIARIO</p> <p>(Firma del Beneficiario o de su representante, en su caso)</p>
---	--

SECCION VI.- RECEPCIÓN

RECIBIMOS

Fecha: ____ de _____ de _____

(Firma y/o sello)

HSBC Seguros, S.A. de C.V. Grupo Financiero HSBC

Nota Importante: Documento que deberá ser llenado y firmado por cada uno de los Beneficiarios de la póliza citada.

CLÁUSULA DE CARÁCTER GENERAL

CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES

FORMATO DE RECLAMACION DE PAGO DE INDEMNIZACION POR SINIESTRO

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 _____