

AVISO DE RECLAMACIÓN POR COBERTURA DE: INVALIDEZ, PÉRDIDA(S) ORGÁNICA(S), FRACTURA(S) DE HUESO(S), ENFERMEDAD TERMINAL, INFARTO Y CANCER

Para ser llenado y Firmado por el Asegurado con letra de molde sin dejar espacios vacíos. Este documento no será válido si contiene tachaduras o enmendaduras. De lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Edad cumplida a la fecha del evento
Nacionalidad	Estado Civil	Ocupación o Profesión a la fecha del evento (Tiempo de realizarla)			
Domicilio Particular: Calle y Número		Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio	
Ciudad o Población			Entidad Federativa		
Nombre de la Empresa o Patrón del lugar de trabajo:			No. de Afiliación:		
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 o razón social del Contratante	No. Póliza	No. Certificado
<i>Si tiene contratadas otras pólizas de seguro; especificar</i>		Suma asegurada
Compañía		

CAUSA Y DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Llenar en caso de reclamación por Invalidez, Enfermedad Terminal, Infarto y Cáncer					
Causa(s) del estado de Invalidez y/o Enfermedad			Fecha de inicio de síntomas o signos Día Mes Año		Fecha en que se dictaminó la Invalidez y/o Diagnóstico de Enfermedad Día Mes Año
Llenar en caso de reclamación por Pérdida(s) orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s)					
Detalle sobre: Lesiones sufridas, pérdida(s) orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s), condiciones en las que ocurrió, alteraciones y/o síntomas que presentó					
Causa(s) de la(s) lesión(es) o pérdida(s) orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s)			Fecha de Lesión Día Mes Año		Fecha de Pérdida(s) Orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s) Día Mes Año
Llenar en caso de Invalidez, Pérdida(s) orgánica(s), Fractura(s) de Hueso(s), Enfermedad Terminal, Infarto y Cáncer					
<i>En caso de haber requerido hospitalización, especificar.</i> Nombre y Dirección del Hospital			Fecha de ingreso al Hospital Día Mes Año		No. de días hospitalizado
Datos de los médicos que lo han atendido					
Nombre Completo		Especialidad	Dirección		Teléfono
Que estudios le fueron practicados para el diagnóstico de su padecimiento					

PARA LLENARSE ÚNICAMENTE EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el accidente: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Edificio Público <input type="checkbox"/> Otro:		
Describa brevemente como ocurrió el accidente:		Fecha del Accidente: Día Mes Año
Intervinieron en el accidente efectos directos o indirectos por el uso de bebidas alcohólicas, estimulantes, drogas o por 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

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 Asegurado y/o Beneficiario

Lugar y Fecha :

_____ a _____ de _____ del _____

Anverso

INFORME MÉDICO POR RECLAMACIÓN DE COBERTURA DE: INVALIDEZ, PÉRDIDA(S) ORGÁNICA(S), FRACTURA(S) DE HUESO(S), ENFERMEDAD TERMINAL, INFARTO Y CÁNCER

Para ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde sin dejar espacios vacíos. Este documento no será válido si contiene tachaduras o enmendaduras. De lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.

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

DATOS RELACIONADOS AL PACIENTE

Nombre del Paciente (asegurado)	Ocupación del Paciente	Quando fue consultado por 1ª vez Día Mes Año
Diagnóstico de la Enfermedad, Pérdida(s) Orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s)		Fecha de Diagnóstico Día Mes Año
Síntomas o signos iniciales		Fecha de inicio de síntomas o signos Día Mes Año
Evolución y Tratamiento		Código CIE-9, CIE-10
Especifique los estudios de laboratorio y gabinete con motivo de la Enfermedad, Pérdida(s) Orgánica(s), lesión y/o Fractura(s) de Hueso(s).		Fecha del estudio Día Mes Año
Estudio(s)	Resultado(s)	
Otras enfermedades relacionadas con el padecimiento actual (enfermedades óseas, endocrinas, del metabolismo calcio-fósforo, neoplasias, etc)		
<i>Enfermedad</i>	<i>Duración</i>	
Otras enfermedades no relacionadas con el padecimiento actual		
<i>Enfermedad</i>	<i>Duración</i>	

En caso de Pérdida(s) Orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s)

Detalle sobre: Lesiones sufridas, pérdida(s) orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s), causa, mecanismo de producción, condiciones en las que ocurrió, clasificación según localización en el hueso, tipo de fractura, signos y síntomas, complicaciones u otros detalles relevantes:	Fecha definitiva de la Pérdida(s) Orgánica(s) y/o Fractura(s) de Hueso(s) Día Mes Año
Pérdida(s) Orgánica(s) y/o Hueso(s) Fracturado(s)	Código CIE-10

En caso de Invalidez

Tipo de Invalidez <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	Carácter de la Invalidez <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	Fecha de dictamen del estado de Invalidez Día Mes Año
Pronóstico para la vida	Pronóstico para la función	Pronóstico para su actividad laboral
Lugar y Fecha: _____ a _____ de _____ del _____		Firma del Médico

Reverso