

**FORMATO DE DECLARACIÓN RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO
PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO**

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Asegurado		Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Nacionalidad	Estado Civil	Última Profesión/Oficio	Actividad o Giro del Negocio (anotar el tiempo que la ha realizado)	
Domicilio Particular: Calle y Número		Colonia		
Delegación o Municipio		Código Postal	Población/Estado	
Entidad Federativa		Correo electrónico	Teléfono(s)	

DATOS DEL ÚLTIMO TRABAJO

Nombre de la Empresa o Patrón (para la cual prestaba sus servicios)	
Nombre del Jefe Inmediato:	Teléfono(s):
Causa (s) o motivo (s) de la Separación ó Baja (Desempleo)	Tipo de Contrato Laboral (bajo el cual prestó sus servicios): [] Tiempo Indeterminado [] Temporal
Fecha de Ingreso: Día Mes Año	Fecha de Separación o Baja (Desempleo) Día Mes Año

DATOS DEL TRABAJO QUE TENÍA 12 MESES PREVIOS AL DESEMPLEO

Nombre de la Empresa o Patrón (para la cual prestaba sus servicios)	
Nombre del Jefe Inmediato:	Teléfono(s):
Causa (s) o motivo (s) de la Separación ó Baja (Desempleo)	Tipo de Contrato Laboral (bajo el cual prestó sus servicios): [] Tiempo Indeterminado [] Temporal
Fecha de Ingreso: Día Mes Año	Fecha de Separación o Baja (Desempleo) Día Mes Año

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

Como contratante, y/o asegurado de la póliza arriba citada, autorizo(amos) y faculto(amos) expresamente y de manera irrevocable a la Institución de Seguros emitente de la póliza 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, expedientes laborales, expedientes médicos, 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, 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.

Lugar y Fecha: _____ a _____ de _____ del _____	Firma del Asegurado
--	---------------------

FORMATO DE DECLARACIÓN RECLAMACIÓN POR SINIESTRO DEL SEGURO POR DESEMPLEO PARA SER LLENADO POR EL PATRÓN O EMPRESA (ÚLTIMO TRABAJO)

Nombre de la Empresa	
Nombre del Representante	Teléfono (s)
Cargo del Representante	Correo electrónico
Nombre del Interesado (Ex-Empleado)	
Tipo de Contrato Laboral (bajo el cual prestó sus servicios): [] Tiempo Indeterminado [] Temporal	Jornada Laboral:
Fecha de Ingreso del Ex-Empleado: Día Mes Año	Fecha de Baja del Ex-Empleado: Día Mes Año
Causa (s) o motivo (s) de la separación despido del Ex-Empleado	
<p>CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES</p> <p>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.</p> <p>Así mismo manifiesto que HSBC puso a mi disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos</p>	
Lugar y Fecha: _____ a _____ de _____ del _____	Firma del Representante y sello de la empresa

Nota: La información aquí solicitada es para uso exclusivo del trámite de reclamación al Seguro. En caso de que el Ex Patrón presente Constancia en Hoja Membretada, Firmada por el Representante y Sellada, con los datos aquí solicitados, no es necesario el llenado de este formato.