FORMATO DE DECLARACIÓN RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Asegurado	Fecha de Nacimiento Día Mes Año

Nacionalidad	Estado Civil	Profesión/Oficio	Actividad o Giro del Negocio (tiempo de realizarla)

Domicilio Particular: Calle y Número (exterior e interior)	Colonia

Delegación o Municipio	Código Postal	Población/Estado
Entidad Federativa	Correo electrónico	Teléfono(s)

Número de Afiliación: IMSS: ISSSTE:	RFC: CURP:

Causa (s) del estado de Invalidez	Fecha de Inicio de síntomas o signos Día Mes Año	Fecha en que se dictaminó Invalidez Día Mes Año

En caso de haber requerido hospitalización, especificar:

Nombre y Dirección del Hospital	Fecha Ingreso al Hospital			No de Días Hospitalizado
	Día	Mes	Año	

Datos de los médicos que lo han atendido

Nombre Completo	Dirección	Teléfono

PARA LLENARSE ÚNICAMENTE EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el accidente: [ ] Hogar [ ] Trabajo [ ] Vía Publica [ ] Edificio Publico [ ] Otro _____

Describa brevemente como ocurrió el accidente	Fecha del Accidente		
	Día	Mes	Año

Recibió atención médica al momento del Accidente?, describa el tratamiento recibido (integre comprobantes)

Autoridades que tomaron conocimiento	No de Acta del Ministerio Público

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 Vida, S.A. de C.V., 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:	**Firma del Asegurado**
_____ a _____ de _____ del _____	