

# DECLARACIÓN DE INVALIDEZ O PÉRDIDA DE MIEMBROS

Declaración que debe llenar el asegurado

N° de Póliza   
N° de Certificado   
Siniestro

## SEGUROS DE VIDA CONTRATADOS POR EL FINADO A INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.

No. de póliza	No. de certificado	Suma asegurada	Fecha de emisión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa

Tipo de reclamación: Invalidez  Pérdida de miembros  Beneficios en vida  Otros: Especifique

La reclamación es por: Accidente  Enfermedad

## DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno, materno y nombre(s)  Fecha de Nacimiento   
dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave)  Teléfono c/Lada

CURP/Pasaporte/FM3/IFE  Nacionalidad

De que institución es derechohabiente  Número de afiliación

## Domicilio

Calle (N° exterior / interior)  Colonia

Código postal  Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio  Entidad federativa (Estado)

Lugar y domicilio donde trabaja

Actividad o giro del lugar donde trabaja

## Detalle brevemente las actividades que realizaba en su otro trabajo

## DATOS CLÍNICOS

Fecha de los primeros síntomas o accidente  dd / mm / aaaa ¿Cuál fue la enfermedad o accidente?

En caso de accidente describa donde y como ocurrió

En caso de enfermedad describa la naturaleza de la misma y/o las lesiones

¿Qué tipo de estudios le practicaron?

### HOSPITALES DONDE FUE ATENDIDO

Nombre	Fecha	Días de estancia
<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>

### DATOS MÉDICOS

#### Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)  Teléfono c/Lada

Especialidad  Cédula profesional

#### Domicilio

Calle (Nº exterior/interior)  Colonia

Código postal  Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio  Fecha de la primera consulta  dd / mm / aaaa

#### Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Apellido paterno, materno y nombres(s)  Teléfono c/Lada

Especialidad  Cédula profesional

#### Domicilio

Calle (Nº exterior / interior)  Colonia

Código postal  Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio  Fecha de la primera consulta  dd / mm / aaaa

#### Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)

Teléfono c/Lada

Especialidad

Cédula profesional

#### Domicilio

Calle (Nº exterior / interior)

Colonia

Código postal

Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio

Fecha de la primera consulta

dd / mm / aaaa

#### Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)

Teléfono c/Lada

Especialidad

Cédula profesional

#### Domicilio

Calle (Nº exterior / interior)

Colonia

Código postal

Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio

Fecha de la primera consulta

dd / mm / aaaa

#### AUTORIZACIÓN

En todos los casos la compañía INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 69 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

**Nota:** Autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, a los hospitales e instituciones donde fui internado a que proporcionen al personal designado por INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V. todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, de toda la responsabilidad derivada de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

#### AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Avenida Paseo de la Reforma 234, Piso 6, Colonia Juárez, C.P. 06600. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: [www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/](http://www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/)

Lugar y fecha

Firma del ASEGURADO