

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
			dd / mm / aaaa
			dd / mm / aaaa
			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 nombres(s) Edad

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 ¿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
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	

DATOS MÉDICOS

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 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 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 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

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/

Lugar y fecha

Firma del ASEGURADO