

Declaración 1 Vida 2020

Instrucciones: Este formato debe ser llenado y firmado por cada beneficiario que pretende ejercer la reclamación de forma independiente.

Nombre completo del finado:

Números de pólizas y sumas aseguradas del finado en esta compañía:

Lugar y fecha de nacimiento del finado:

Edad:

Domicilio al fallecer:

Ocupación a la fecha del fallecimiento:

¿Hasta qué fecha desempeñó su ocupación?:

Causa específica del fallecimiento:

¿En qué fecha se quejó por primera vez el finado o dió muestra de su última enfermedad?

¿En qué fecha consultó el finado por primera vez a un médico con respecto a su última enfermedad?

Lugar y fecha del fallecimiento:

¿En qué otras compañías estaba asegurado el finado?:

¿Con qué carácter o título reclama usted el seguro?:

Nombre completo del reclamante:

Domicilio completo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Fechado en _____ el día _____ de _____

En los términos de la ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consciente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las demás acciones que procedan.

Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía Aseguradora, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación de la reclamación. Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de su conocimiento para los mismos efectos. Releo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información. Por lo anterior, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento expreso para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informar a estos lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato. Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, se otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio conforme al Aviso de Privacidad, cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx

Firma del Reclamante

Zurich Vida Compañía de Seguros S.A.

Toreo Parque Central., Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de SoteloDel. Naucalpan de Juárez, C.P. 53390,
Estado de México, Tel: (55) 5284 1000, Fax: 52841020 www.zurich.com.mx