HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
Hermes N° 28, Col.Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
Tel. (55) 5262 1780, 800 SEGUHIR (7348 447)

RECLAMACIÓN DE GASTOS ACCIDENTES

INSTRUCCIONES:
1.- Este formato debe llenarse con letra de molde.
2.- No dejar preguntas sin contestar.
3.- No será válido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.

Motivo de la reclamación:

Pago Directo: Sí ☐ No ☐ Reembolso: Sí ☐ No

Tipo de reclamación:

Inicial ☐ Complementaria ☐

Coberturas

Gastos Funerarios ☐ Muerte Accidental ☐ Reembolso de Gastos Médicos ☐ Pérdidas de Miembros ☐

Indeminización diaria ☐ Muerte Accidental Colectiva Pérdidas de Miembros por Accidente Colectivo ☐

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) -Asegurado titular	R.F.C.

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) -Afectado	R.F.C.

N° de Certificado		Fecha de Alta		Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad		Género F M	Parentesco		
Domicilio (Calle, número, colonia)				C.P.	
Alcaldía		Estado / Municipio		Teléfono	
Correo Electrónico		N° de FEA (Firma Electrónica Avanzada)			
Ocupación		Lugar donde trabaja		Giro de la empresa	
¿Ha presentado gastos por este accidente o enfermedad en otra compañía?	Sí ☐ No ☐	De ser afirmativa su respuesta, indicar el Nº de Siniestros			
Compañía		Fecha de alta			
¿Cuenta con otro seguro? Sí ☐ No		Compañía		N° de Póliza	
Fecha en que ocurrió el accidente, aparición de los primeros síntomas, de la enfermedad u ocurrió el fallecimiento.		Fecha en que visito al médico por primer vez esta enfermedad.			
Indique el motivo de su reclamación.					
Detalle ¿cómo y dónde fue el accidente? (Anexar Copias del Ministerio Público, de ser el caso)					
Hospital donde se recibió la atención.					

Requisitos para reclamación (Documentación General)

1. Copia de identificación oficial vigente del asegurado (cédula profesional, IFE, INE o pasaporte).
2. Copia de comprobante de domicilio actual (solo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
3. Historia Clínica o Informe Médico detallado y emitido por cada médico tratante.
4. Estudios de laboratorio o gabinete realizados.

Documentación Particular

I. Indemnización diaria y Pérdidas orgánicas:
1. Original del dictamen de incapacidad, invalidez o Pérdidas de miembros u orgánica (acorde a la cobertura reclamada), emitido por el IMSS, ISSSTE, SSA o por cualquier institución médica legalmente autorizada para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo. ☐

III. Reembolso de gastos médicos:
1. Facturas y/o recibos de honorarios con detalle o desglose de los gastos erogados por la atención médica, con los requisitos fiscales vigentes, a nombre del asegurado; en caso de menores, a nombre del padre o tutor. ☐
2. Orden de estudios y/o recetas a nombre del asegurado. ☐

II. Muerte Accidental:
1. Copia certificada del acta de defunción emitida por el registro civil. ☐
2. Copia certificada del acta de matrimonio emitida por el registro civil o constancia de concubinato emitida por un juez. ☐
3. Juicio de sucesión testamentaria a bienes (del asegurado), en caso de no haber designado beneficiarios; o bien, en caso del fallecimiento de algún beneficiario, posterior al del asegurado.
4. En caso de beneficiarios menores de edad, carta del padre o tutor solicitando el pago, juicio de tutoría (de no tener tutor), o juicio de interdicción (para beneficiarios designados incapaces). ☐
5. Actuaciones completas ante el Ministerio público con reconocimiento de cuerpo, necropsia y estudios toxicológicos (en caso de muerte accidental). ☐

NOTAS: Se informa que la omisión, inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente aviso, releva de toda responsabilidad a HIR Compañía de Seguros. En este acto autorizo a HIR Compañía de Seguros o HIR Seguros para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me hayan atendido o que me atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi(s) padecimiento(s) anterior(es) y/o actual(es).

Nombre y firma del titular o asegurado
NO ESTOY ACTUANDO POR CUENTA DE UN TERCERO

Lugar y fecha

BENEFICIARIO I

Fecha de Nacimiento		R.F.C		Ocupación		Nacionalidad		Parentesco	
Domicilio (Calle, número, colonia)								C.P.	
Alcaldía		Estado / Municipio				Teléfono			
Correo Electrónico		No. FEA (Firma Electrónica Avanzada)							

Nombre y firma del beneficiario I
NO ESTOY ACTUANDO POR CUENTA DE UN TERCERO

BENEFICIARIO II

Fecha de Nacimiento		R.F.C		Ocupación		Nacionalidad		Parentesco	
Domicilio (Calle, número, colonia)								C.P.	
Alcaldía		Estado / Municipio				Teléfono			
Correo Electrónico		No. FEA (Firma Electrónica Avanzada)							

Nombre y firma del beneficiario II
NO ESTOY ACTUANDO POR CUENTA DE UN TERCERO

BENEFICIARIO III

Fecha de Nacimiento		R.F.C		Ocupación		Nacionalidad		Parentesco	
Domicilio (Calle, número, colonia)								C.P.	
Alcaldía		Estado / Municipio				Teléfono			
Correo Electrónico		No. FEA (Firma Electrónica Avanzada)							

Nombre y firma del beneficiario III
NO ESTOY ACTUANDO POR CUENTA DE UN TERCERO

Pago por transferencia / Orden de pago

Con el fin de agilizar el trámite para el pago de su reembolso, HIR Seguros, pone a su disposición el servicio de transferencia interbancaria o en importes menores a $2,000.00 orden de pago, sin costo alguno para usted, si desea hacer uso de estos servicios, favor de llenar el siguiente formato:

Ciudad de México a _____

HIR Compañía de Seguros de C.V.

PRESENTE

Por medio de la presente solicito que los pagos de indemnización por reclamaciones de accidentes, que esa Institución deba efectuar a mi favor los deposite en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del banco: _____

Número de cuenta (CLABE) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Nota: La cuenta debe constar de 18 dígitos sin excepción y debe ser llenado con letra clara y no se aceptarán tachaduras o enmendaduras).

Notas importantes:
A) En caso de que se cancele la cuenta bancaria debe notificarse por escrito a HIR Seguros, por favor comunicarse a nuestro centro de contacto al teléfono 5262 1780 / 800 SEGUHIR (7348 447) o al correo contacto@hirseguros.com.mx.
1.- Indicar el banco y la CLABE que se cancela y la fecha de cancelación de la misma.
2.- Nombre completo y firma del titular de la cuenta.
3.- Anexar copia fiel de su identificación oficial por ambos lados (INE, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar.)
B) Indicar la nueva cuenta en donde se realizarán los depósitos requisitando nuevamente este formato.
C) En caso de que el depósito sea rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la cuenta que nos indique.

Al recibir de HIR Seguros el pago por el monto que proceda de esta reclamación inicial o complementos posteriores, por el (los) padecimiento(s) o lesión(es) que se encuentra(n) cubierto(s) de acuerdo a las condiciones de la póliza contratada, ya sea mediante transferencia electrónica, orden de pago o cheque, declaro que no me reservo ninguna acción legar ni de ningún tipo pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Atentamente

Nombre completo y firma