



 **ESCUDO
COVID-19**
 ANCOR

**DETALLE DE
COBERTURAS**

*El seguro que te protege
a donde vayas.*

HIR
SEGUROS

Un seguro especialmente diseñado para apoyar a las familias mexicanas.

A continuación resumimos las coberturas del seguro contratado:

ASEGURADORA: HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

RIESGOS AMPARADOS



01

INDEMNIZACIÓN POR PRUEBA POSITIVA COVID-19

Otorga indemnización al asegurado en caso de presentar un resultado positivo SARS-CoV-2, también denominado COVID-19, avalado por una autoridad sanitaria autorizada para elaborar el diagnóstico a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Baez" (INDRE).

Monto de Indemnización: **2,500 M.N. No aplica deducible ni coaseguro.**

Consideraciones:

- ▶ Aplica un periodo de espera de 15 días contados a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza.
- ▶ Válido para un solo evento durante la vigencia de la póliza. No se cubren reingresos.



02

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

Otorga indemnización al asegurado si por dictamen médico, éste requiere hospitalización a causa de una enfermedad o accidente. La aseguradora pagará el monto de indemnización diaria hasta por el número de días que permanezca hospitalizado.

Monto diario de indemnización: **\$5,000 M.N.** Monto máximo de días: 10 días de hospitalización o el equivalente a **\$50,000 M.N. No aplica deducible ni coaseguro.**

Consideraciones:

- ▶ Válido para cualquier enfermedad incluido COVID-19.
- ▶ Aplica un periodo de espera de 15 días contados a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza.
- ▶ Se excluyen padecimientos congénitos, intervenciones, tratamientos quirúrgicos y enfermedades preexistentes.
- ▶ La hospitalización deberá ser por 24 horas o más.
- ▶ Válido para un solo evento durante la vigencia de la póliza. No se cubren reingresos.



03

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

Otorga indemnización al asegurado en caso de fallecimiento, siempre que dicho fallecimiento ocurra dentro del plazo de vigencia de la póliza.

Monto de Indemnización: **\$20,000 M.N.**

Consideraciones:

- ▶ Aplica un periodo de espera de 15 días contados a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza.
- ▶ Se excluyen padecimientos congénitos, intervenciones, tratamientos quirúrgicos y enfermedades preexistentes.



04

GASTOS FUNERARIOS

La Aseguradora cubrirá los gastos funerarios por fallecimiento del asegurado, siempre que dicha asistencia sea gestionada directamente por HIR SEGUROS con sus proveedores autorizados.

El alcance de la cobertura cubre:

- ▶ Primer Traslado. Del lugar del fallecimiento a la funeraria o domicilio del finado (en caso de que así lo requiera).
- ▶ Arreglo estético (maquillaje y vestimenta)
- ▶ Embalsamamiento en caso de ser necesario.
- ▶ Trámites gubernamentales.
- ▶ Segundo Traslado. De la funeraria al panteón o crematorio.
- ▶ Facilidades para celebrar servicios religiosos.
- ▶ Ataúd metálico básico.
- ▶ Cobertura Nacional.

Consideraciones:

- ▶ Aplica un periodo de espera de 15 días contados a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza.
- ▶ Se excluyen padecimientos congénitos, intervenciones, tratamientos quirúrgicos y enfermedades preexistentes.
- ▶ Opera vía pago directo con los proveedores autorizados. No opera vía reembolso.



05

ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

La Aseguradora proporcionará asistencia en los siguientes rubros:

- ▶ Asesoría telefónica sobre recomendaciones relacionadas con el COVID-19.
- ▶ Orientación médica telefónica ante cualquier causa.
- ▶ Asistencia Psicológica Telefónica para el manejo de emociones relacionado con el COVID-19.
- ▶ Coordinación de envío de ambulancia a costo preferencial.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

01

Preparar la documentación requerida para la reclamación del siniestro que mostramos en este documento.

02

Enviar los documentos por correo electrónico de manera legible a los siguientes correos: siniestrospersonas@hirseguros.com.mx con copia a sin_escudo@ancora.com.mx

03

Para hacer uso de la ASISTENCIA FUNERARIA, ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA y cualquier duda relacionada con el producto, comuníquese a la [ENLACE HIR \(55\) 5262 1780](tel:5552621780) ó [800 734 8447](tel:8007348447).

Descarga los formatos digitales para reclamos de siniestros en:

<https://pedidos.com/Seguros/COVID-19.asp>



La documentación de siniestros que deberá presentar es la siguiente:



INDEMNIZACIÓN POR PRUEBA POSITIVA COVID-19

- ▶ **Copia** formato HIR seguros de gastos, accidentes y enfermedades debidamente llenado, fechado y firmado por el asegurado.
- ▶ **Copia** legible de identificación oficial del asegurado: credencial INE, pasaporte, o cédula profesional vigente del asegurado.
- ▶ **Copia** del comprobante de domicilio actual (sólo si es diferente al señalado en la identificación oficial).
- ▶ **Copia** de resultado positivo de la prueba diagnóstica para COVID-19, realizado en laboratorio autorizado por el INDRE.



INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

- ▶ **Copia** formato HIR seguros de gastos, accidentes y enfermedades debidamente llenado, fechado y firmado por el asegurado.
- ▶ **Copia** legible de identificación oficial del asegurado: credencial INE, pasaporte, o cédula profesional vigente del asegurado.
- ▶ **Copia** informe médico emitido por el médico tratante.
- ▶ **Copia** factura del hospital por los días de hospitalización a nombre del asegurado, con requisitos tendrá que solicitarse a nombre del tutor legal.



INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

Por parte del Asegurado (Fallecido):

- ▶ **Original** del acta de defunción.
- ▶ **Original** del acta de nacimiento.
- ▶ **Copia** legible de identificación oficial del asegurado: credencial INE, pasaporte, o cédula profesional vigente del asegurado.
- ▶ **Copia** comprobante de domicilio no mayor a tres meses. (Sólo en caso de que el domicilio que aparece en su INE es distinto, o no aparece en la identificación proporcionada).

Por parte de los Beneficiarios:

- ▶ **Copia** formato HIR seguros reclamación vida debidamente llenado, fechado y firmado por el o los beneficiarios.
- ▶ **Original** de la designación de beneficiarios. En caso de que no exista designación de beneficiarios, original o copia certificada del juicio de sucesión testamentaria a bienes (del asegurado).
- ▶ **Original** del acta de nacimiento.
- ▶ **Copia** identificación oficial vigente.
- ▶ **Copia** comprobante de domicilio no mayor a tres meses. (Sólo en caso de que el domicilio que aparece en su INE es distinto, o no aparece en la identificación proporcionada).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

1. En caso de muerte accidental:

- ▶ Copia de actuaciones completas del Ministerio Público con reconocimiento de cuerpo, necropsia y estudios toxicológicos.

2. Si el beneficiario es cónyuge o concubino del asegurado:

- ▶ Original del acta de matrimonio, o en su defecto, constancia de concubinato (**original o copia certificada**).

3. Si alguno de los beneficiarios es menor de edad:

- ▶ Copia de carta a texto libre del padre o tutor con firma autógrafa solicitando el pago correspondiente al menor, o en caso de no contar con padre o tutor, enviar juicio de tutoría (**original o copia certificada**).

4. En caso de que alguno de los beneficiarios presenta alguna discapacidad neurocognitiva:

- ▶ **Original o copia certificada** de juicio de interdicción.