



**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:**

Reembolso: Sí  No

**Tipo de reclamación:**

Inicial  Complementaria

**Coberturas**

Indemnización diaria por hospitalización  Indemnización por diagnóstico positivo COVID-19

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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		
Fecha en que ocurrió el accidente, aparición de los primeros síntomas, de la enfermedad u ocurrió el fallecimiento.				
Indicar el diagnóstico médico 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 por hospitalización:**

1. Factura por los días de hospitalización a nombre del asegurado, con requisitos fiscales vigentes. En caso de menores de edad o personas con alguna discapacidad, la factura tendrá que solicitarse a nombre del tutor legal.

**II. Indemnización por diagnóstico positivo COVID-19:**

1. Resultado positivo de la prueba diagnóstica para COVID-19, realizado en laboratorio autorizado por el InDRE.

**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

**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 \$50,000.00 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**

**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.

**Coberturas:**

Aportación básica (ahorro) <input checked="" type="checkbox"/>	Gastos funerarios <input checked="" type="checkbox"/>	Invalidez total y temporal <input checked="" type="checkbox"/>	Pérdidas orgánicas por accidentes colectivo <input checked="" type="checkbox"/>
Beneficio de juventud <input checked="" type="checkbox"/>	Gastos funerarios cónyuge <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Muerte accidental</b> <input type="checkbox"/>	Últimos gastos <input checked="" type="checkbox"/>
Desempleo <input checked="" type="checkbox"/>	Gasto funerario hijos <input checked="" type="checkbox"/>	Muerte accidental colectiva <input checked="" type="checkbox"/>	Otra: <u>NO APLICA</u> <input checked="" type="checkbox"/>
Deudor (saldo insoluto) <input checked="" type="checkbox"/>	Invalidez total y permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de miembros Escala A <input checked="" type="checkbox"/>	
Exención de pago de prima <input checked="" type="checkbox"/>	Invalidez total y permanente por Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de miembros Escala B <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Fallecimiento</b> <input type="checkbox"/>		Pérdidas orgánicas <input checked="" type="checkbox"/>	

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	
Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Nacionalidad		Parentesco	
Domicilio (Calle, número, colonia)				C.P.	
Alcaldía		Estado / Municipio		Teléfono	
Correo Electrónico		No. FEA (Firma Electrónica Avanzada)			
Ocupación		Lugar donde trabaja		Giro de la empresa	
Fecha en la que se tiene el primer diagnóstico médico oficial sobre la enfermedad que ocasionó la muerte. (En caso de accidente omitir la pregunta)					
Indicar la causa de fallecimiento					
Si es accidente, detalle ¿Cómo y dónde fue? (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**

**Por parte del Asegurado:**

- Original del Acta de Defunción.
- Original del Acta de Nacimiento.
- Copia Identificación Oficial Vigente.
- Copia Comprobante de domicilio no mayor a 3 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 o 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 3 meses. (Sólo en caso de que el domicilio que aparece en su INE es distinto, o no aparece en la identificación proporcionada).

**Documentos Complementarios:**

**En caso de muerte accidental:**

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

**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).

**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).

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

Original o copia certificada de Juicio de interdicción.

**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).

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 \$50,000.00 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**

\_\_\_\_\_