

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- No dejar preguntas sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
- 4.- Llenar cuidadosamente debido a que de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la Reclamación				Tipo de Reclamación			
Pago Directo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Programación de Cirugía				<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad			
Nombre o Razón Social del Contratante				N° de Póliza			
Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado titular						R.F. C. o CURP	
Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del asegurado afectado						R.F. C. o CURP	
N° Certificado del asegurado afectado			Fecha		Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco		Correo electrónico		Teléfono
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
Domicilio (Calle, número y colonia)						C.P.	
Estado y Municipio			Ocupación		Lugar donde trabaja	Giro de la empresa	
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en otra compañía?						Si su respuesta fue afirmativa N° de Siniestros	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Compañía			Fecha de alta				
¿Cuenta con otro seguro?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía		N° de Póliza	
Tipo de reclamación			Indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó				
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad			Día	Mes	Año		
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad			Día	Mes	Año		
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación						En caso de requerir medicamentos y estar aprobado el siniestro llamar al 5262 1780 800 7348 447	
Si es accidente, detalle ¿Cómo y dónde fue?							
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias del Ministerio Público)							
Hospital, clínica o sanatorio en que fue atendido							
¿Qué estudio le realizaron para el diagnóstico y tratamiento?							
Nombre del médico tratante						Especialidad	
Dirección (Calle, número y colonia)						Teléfono y/o correo electrónico	
¿Médico que ha consultado en los últimos 2 años?						Causa	Fecha
						Teléfono y/o correo electrónico	

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (En caso de accidente).
2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
3. Copia de identificación oficial del asegurado afectado (INE, pasaporte y en caso de menores de 18 años que no cuenten con pasaporte, cualquier otro documento o identificación oficial con fotografía y firma o huella digital.)
4. Recibos de gastos y facturas que cuenten con los requisitos fiscales (Quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

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

Nombre y firma de afectado

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 \$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 _____ de _____ del _____.

HIR Compañía de Seguros S. A. 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 (55) 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 pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Atentamente

Nombre completo y
Firma