



AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO: HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., en lo sucesivo "HIR Seguros", en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, pone a su disposición el Aviso de Privacidad a que se refiere la mencionada ley, el cual también se encuentra en nuestras oficinas ubicadas en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México, en nuestras oficinas y módulos en el interior de la República o, bien, para ser consultado en cualquier momento en la página de internet www.hirsegueros.mx. Por lo anterior, consiente que sus datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, en caso de que estos últimos se recaben, sean tratados conforme a los términos y condiciones de dicho aviso de privacidad.

TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES SECUNDARIAS. La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será tratada para finalidades secundarias.

TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES. La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros. En caso de realizarse alguna transferencia que requiere su consentimiento expreso, se le solicitará.

Por este conducto, solicito(amos) a HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V., el pago de la suma asegurada que me(nos) corresponde en estricto a las leyes en Materia y Contrato de Seguros (póliza) con motivo del siniestro ocurrido.

INSTRUCCIONES:

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

TIPO DE RECLAMACIÓN

Retiro Invalidez total y permanente Últimos gastos Otra

Desempleo Invalidez total y temporal Pérdidas orgánicas

NOMBRE DEL CONTRATANTE

No. de póliza:

DATOS DEL ASEGURADO

Sexo: Masculino Femenino

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Domicilio actual: Calle y No.: Col. o Pob.:

Alc. o Mpio.: C.P.: Estado:

Teléfono: E-mail: No. FEA (Firma Electrónica Avanzada):

RFC: CURP:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Ocupación: Lugar donde trabaja: Giro de la empresa:

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto: Parentesco o vínculo:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No

Especifique:

¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: Parentesco o vínculo:

¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí No Nombre y porcentaje de participación

DATOS DE LA EMPRESA EN LA CUAL PRESTA SUS SERVICIOS

*Llenar solo en caso de desempleo

Domicilio: Calle y No.: Col. o Pob.:

Alc. o Mpio.: C.P.: Estado:

Teléfono: Nombre del representante legal: Antigüedad en la empresa:

DATOS SOBRE EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Fecha de la terminación laboral: Fecha de ingreso a la empresa:

Causa de la separación laboral:

Temporalidad del contrato: Determinado Indeterminado

DATOS SOBRE LA INCAPACIDAD O INVALIDEZ

*Llenar solo en caso de que aplique:

Lugar de la incapacidad:

Indicar qué dio origen a la incapacidad: Enfermedad Accidente Riesgo de trabajo

Temporal Permanente Parcial Total

Fecha de inicio de la incapacidad: Fecha de inicio de los primeros síntomas de su enfermedad o lesión:

Causa de la incapacidad:

Ocupación a la fecha de la incapacidad:

Antigüedad en su ocupación a la fecha de incapacidad: Periodo de la incapacidad temporal total: del: al:

Institución que emitió la incapacidad: IMSS ISSSTE SSA Otro

Nombre del médico que le atendió:

No. de cédula: Especialidad:

DATOS PARA PÉRDIDAS ORGÁNICAS U OTROS

Lugar del siniestro:

Indicar cuál es la causa de dio origen al siniestro: Enfermedad Accidente Riesgo de trabajo

Fecha del siniestro: Fecha de inicio de los primeros síntomas de su enfermedad o lesión:

Causa del siniestro:

Ocupación a la fecha de la contratación de la póliza:

Ocupación a la fecha del siniestro:

Estuvo hospitalizado: Sí No Nombre del hospital:

Fecha de ingreso: Fecha de egreso:

DATOS PARA EL PAGO

Autorizo a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., realice el pago a través de:

Cheque Transferencia bancaria

En caso de haber elegido la opción de transferencia bancaria, agradecemos anexar copia de su estado de cuenta (no mayor a 3 meses) para validar los siguientes datos:

No. de cuenta: Tipo de cuenta: Institución bancaria:

CLABE:

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

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 reportes y/o cualquier otro documento sobre los padecimientos que hayan atendido al asegurado.

Nombre y firma del titular asegurado

Lugar y fecha

REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN (DOCUMENTACIÓN GENERAL)

Documento del asegurado	Otros
Nombre del documento	Nombre del documento
<input type="checkbox"/> Formato de reclamación HIR	<input type="checkbox"/> Acta Testimonial Notariada por diferencias en los nombres y/o apellidos
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/> Juicio sucesorio o intestamentarios
<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente del asegurado	<input type="checkbox"/> Juicio de estado de interdicción
<input type="checkbox"/> Certificado o consentimiento de la póliza con designación de beneficiarios	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del representante
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del asegurado	<input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal (RFC) del representante legal
<input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal (RFC) del asegurado	<input type="checkbox"/> CURP del representante
<input type="checkbox"/> CURP del asegurado	<input type="checkbox"/> Carta de contratante
<input type="checkbox"/> Alta IMSS o ISSSTE o su equivalente	<input type="checkbox"/> Recibo de inscripción del periodo en curso
<input type="checkbox"/> Recibos de sueldo	<input type="checkbox"/> Hoja no adscripción al IMSS o ISSSTE
<input type="checkbox"/> Carta de saldo deudor	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Hoja de baja IMSS o su equivalente	
<input type="checkbox"/> Contrato de crédito	
<input type="checkbox"/> Estado de cuenta de crédito	
<input type="checkbox"/> Otros _____	

Documentos para comprobación del siniestro o evento	Desempleo
Nombre del documento	Nombre del documento
<input type="checkbox"/> Formato ST4 del IMSS o su equivalente (en caso de incapacidad total y permanente)	<input type="checkbox"/> Formato reclamación HIR
<input type="checkbox"/> Carpeta de investigación en caso de existir	<input type="checkbox"/> Contrato individual de trabajo
<input type="checkbox"/> Historia clínica	<input type="checkbox"/> Recibos de nómina
<input type="checkbox"/> Interpretación de estudios laboratorio, radiografías, etc.	<input type="checkbox"/> Finiquito de liquidación
<input type="checkbox"/> Incapacidades médicas	<input type="checkbox"/> Carta motivo de la separación
<input type="checkbox"/> Factura de hospitalización o documento que compruebe los días de hospitalización, en caso de reclamación de indemnización diaria por hospitalización	<input type="checkbox"/> Baja del IMSS
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Otros _____

Retiro
Nombre del documento
<input type="checkbox"/> Formato reclamación HIR
<input type="checkbox"/> Comprobante de retiro
<input type="checkbox"/> Otros _____

Nota: Esta documentación es ilustrativa y se podrá requerir más información dependiendo de las circunstancias del siniestro y de las condiciones de la póliza.