



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

Fallecimiento

Gastos funerarios

Muerte accidental

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:

RFC: CURP:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Ocupación: Lugar donde trabaja: Giro de la empresa:

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Lugar del fallecimiento: Fecha: Hora:

Causas del fallecimiento:

Indique si el fallecimiento ocurrió en el domicilio particular, hospital u otro:

En caso de muerte violenta, indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho:

DATOS DE BENEFICIARIOS

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

RFC: CURP:

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

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

Ocupación: Teléfono: Celular: E-mail:

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:

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 por fallecimiento, 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 extiendo 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, 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.

Firma de conformidad

Lugar y fecha

Beneficiario 2

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

RFC: CURP:

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

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

Ocupación: Teléfono: Celular: E-mail:

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:

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 por fallecimiento, 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 extiendo 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, 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.

Firma de conformidad

Lugar y fecha

Beneficiario 3

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

RFC: CURP:

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

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

Ocupación: Teléfono: Celular: E-mail:

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:

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 por fallecimiento, 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, 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.

Firma de conformidad

Lugar y fecha

Beneficiario 4

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

RFC: CURP:

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

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

Ocupación: Teléfono: Celular: E-mail:

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:

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 por fallecimiento, 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 extiendo 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, 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.

Firma de conformidad

Lugar y fecha

Beneficiario 5

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

RFC: CURP:

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

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

Ocupación: Teléfono: Celular: E-mail:

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:

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 por fallecimiento, 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 extiendo 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, 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.

Firma de conformidad

Lugar y fecha

REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN (DOCUMENTACIÓN GENERAL)

Nombre del documento	
<input type="checkbox"/> Formato de Reclamación de HIR Seguros	<input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal (RFC) del asegurado y sus beneficiarios
<input type="checkbox"/> Certificado o consentimiento de la póliza con designación de beneficiarios	<input type="checkbox"/> Últimos 3 recibos de nómina
<input type="checkbox"/> Acta de defunción del asegurado	<input type="checkbox"/> Hoja de baja IMSS o su equivalente
<input type="checkbox"/> Copia del certificado de defunción del asegurado	<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio
<input type="checkbox"/> Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y sus beneficiarios	<input type="checkbox"/> Constancia de concubinato
<input type="checkbox"/> Identificación oficial vigente del asegurado y sus beneficiarios	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario, no mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del beneficiario, no mayor a 3 meses	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> CURP del asegurado y sus beneficiarios	

Otros	
Nombre del documento	
<input type="checkbox"/> Acta testimonial notariada por diferencias en los nombres y/o apellidos	
<input type="checkbox"/> Juicio sucesorio o intestamentarios	
<input type="checkbox"/> Tutoría legal o patria potestad de beneficiario	
<input type="checkbox"/> Juicio de estado de interdicción	
<input type="checkbox"/> Identificación oficial del representante	
<input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal (RFC) del representante legal	
<input type="checkbox"/> CURP del representante	
<input type="checkbox"/> Carta de contratante	
<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Copia certificada de la carpeta de investigación del Ministerio Público: -Cómo sucedieron los hechos -Identificación del cadáver -Autopsia o dispensa -Resultados de estudios practicandos	

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