



RECLAMACIÓN POR COBERTURA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL, TEMPORAL Y/O PARCIAL TEMPORAL POR ACCIDENTE



- ☐ **Formato de Reclamación de HIR Seguros** original, requisitado, fechado y firmado por los beneficiarios.
- ☐ **Acta de nacimiento original del asegurado**, emitida por el Registro Civil.
- ☐ **Identificación oficial INE del asegurado**. Se debe presentar **copia y original para realizar el cotejo**.
- ☐ **Constancia de situación fiscal del asegurado**, con todas las hojas que la integran.
- ☐ **CURP del asegurado**.
- ☐ **Comprobante de domicilio actual de cada beneficiario de pago**. La dirección debe coincidir con la que estipulen en el formato de reclamación. Se debe presentar **copia y original para cotejo**.
- ☐ **Tres últimos recibos de nómina** inmediatos anteriores a la fecha de fallecimiento del asegurado.
- ☐ **Dictamen médico de incapacidad total temporal**, original emitido por IMSS o ISSSTE, con sello y firmas originales. En caso de contar solo con copia, debe estar **certificada por la dependencia emisora**, con sellos y firmas originales.
- ☐ **Resúmenes clínicos y estudios de imagen** que corroboren la incapacidad total temporal.
- ☐ **Incapacidades emitidas por la institución médica** (IMSS, ISSSTE, ISEMYM, Secretaría de Salud).
- ☐ **Estado de cuenta actual de cada beneficiario de pago**, membretado por la institución bancaria, con número de cuenta y CLABE interbancaria. La cuenta no debe tener bloqueo por monto máximo de depósito.



*** Esta guía de documentos es enunciativa más no limitativa, se podrá requerir más documentación dependiendo de las condiciones de la póliza y de la realización del siniestro.

