

# CARTA AVISO DE ACCIDENTE

Nombre del Contratante:

N° de Póliza:

Nombre del asegurado:

Fecha de nacimiento:

CURP:

N° de Certificado:

Suma Asegurada:

Deducible:

Fecha del accidente:

Hora:

Descripción detallada el accidente (lugar y cómo ocurrió):

Hospital al que se dirige:

Hacemos constar que el accidente mencionado ocurrió dentro de la cobertura de actividades y/o horarios laborales/escolares; así mismo hacemos constar que la persona accidentada se encuentra registrada en nuestra institución, además reiteramos que los gastos que excedan la suma asegurada contratada no serán cubiertos por HIR Seguros.

Nombre y firma del Director o Autoridad (correspondiente) (Sello)

**Importante: La presente no implica la aceptación de la reclamación y/o autorización para atención en Pago Directo por parte de HIR Seguros, solo es de carácter informativo.**

**ESTE PASE TIENE UNA VIGENCIA DE ATENCIÓN HASTA 48 HRS DESPUÉS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE**

**AVISO DE PRIVACIDAD:** HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V. es responsable del tratamiento de sus datos personales, sensibles y patrimoniales, con domicilio en **Hermes 28, colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México** y utilizará sus datos personales aquí recabados para contacto, evaluación de solicitud de seguro, asesoría durante la relación del seguro, dictaminar, tramitar solicitudes de siniestros, prevención de operaciones ilícitas, así como la remisión de dichos datos a otras instituciones de seguros.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad completo a través de la página web [www.hirsegueros.mx](http://www.hirsegueros.mx), al teléfono **800 7348 447** o a través del correo [contacto@hirsegueros.com.mx](mailto:contacto@hirsegueros.com.mx)