



P.O. Box 310
McAllen, TX 78502-0310
T: 800-284-9783
F: 956-686-0732

Estimado(a) Asegurado(a):

Somos Administradores de Siniestros para la aseguradora de Mexico.

Respetuosamente le pedimos que nos envíe los documentos listados en la hoja anexada. Estos documentos son esencial e importante en continuar con su reclamo. Si documentación adicional es necesaria, le avisaremos a su tiempo. Para procesar su reclamación más rápido, por favor envíe lo pedido vía fax al número listado arriba y abrir un expediente a su nombre.

La Aseguradora repasará todos los siniestros presentados y harán su propia investigación del caso.

****** Por favor haga nota si su reclamo es para reembolso de gruas solamente y no se reporte a la aseguradora antes de salir de Mexico, una carta explicatoria tendra que someterse junto con la factura original para poder procesar. Estos documentos seran enviados a nuestra asegurado de Mexico y seran investigados. Tenga por seguro que este proceso puede tardar (8) semanas o mas.***

Si tiene preguntas o dudas de lo arriba mencionado, por favor comuníquese directamente a el abajo firmado al (800) 284-9783 entre las 8:30 a.m. to 4:30 p.m. tiempo central.

Atentamente,

Jorge Trevino
Gerente de Reclamos/Ajustador
jtrevino@internationalclaimservice.com



P.O. Box 310
McAllen, TX 78505-0310
T: 800-284-9783
F: 956-686-0732

DECLARACIÓN

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____ Póliza#: _____

Agente: _____ declara que el automóvil, Marca _____

Tipo: _____ Modelo del Año _____ Placas: _____

Con # motor _____ tuvo un accidente causado por colisión _____

otro _____ El día _____ de _____, 20__ a las _____ a.m./p.m. en la ciudad

de _____ Y hace la siguiente DECLARACION FORMAL acerca de los detalles

de siniestro y de la reclamación respectiva que somete por medio de la presente. La póliza arriba mencionada se

encontraba en vigor al ocurrir el accidente y vencerá el día _____ de _____, 20__.

Lugar Exacto del accidente: _____

Nombre de la persona que guiaba el auto: _____

Otros pasajeros en el qutomovil (Nombre, Domicilio y Teléfono) _____

Testigos del accidente (Nombre, Domicilio y Teléfono): _____

Como ocurrió el accidente? Explique: _____

Que autoridad tomó conocimiento del accidente? _____

Quien fue multado y cual fue la infracción? _____ Cuanto recibió por el daño que le

causaron, o que compromiso hay que pagar? _____ Que daños sufrió el

vehículo asegurado como resultado directo del accidente? _____

Se puede manejar el vehículo? _____ Fue reportado al Aseguranza? _____ # de Reporte: _____

Quien fue el ajustador? _____

P.O. Box 310
McAllen, TX 78505-0310
T: 800-284-9783
F: 956-686-0732



Si no, en donde se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

Que daños causo el vehículo asegurado a propiedad de tercera personas? _____

Año, Marca, Modelo y Tipo del tercero: _____

Placas: _____ Nombres, Domicilio y teléfono: _____

Que lesiones causó el vehículo a personas por atropello? _____

Nombres, Domicilio y teléfono: _____

Ha recibido reclamación por daños y lesiones? _____

Por que concepto? _____

Por que cantidad? _____

<i>Lesiones</i>	<i>Nombre</i>	<i>Domicilio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Edad</i>	<i>Lesiones</i>
<i>A</i>	_____	_____	_____	_____	_____
<i>Occupantes</i>	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Lugar donde se atendieron? _____

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y mi reclamación y a estar dispuesto a facilitar todos los informes que la Aseguradora pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los terminos, condiciones y estipulaciones de la póliza, han sido violada por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la compañía y enviar inmediatamente la Aseguradora cualquier notificación que reciba en relación con éste siniestro.

Fecha: _____ Firma del conductor: _____



P.O. Box 310
McAllen, TX 78505-0310
T: 800-284-9783
F: 956-686-0732

- Para procesar su reclamo que ocurrio en Mexico, por favor envíe todos los documentos que esten en su posesion:

- Copia de Poliza
- Facturas de Grua * (Original)
- Titulo y Registro (copia legible)
- Reporte de Policia* (Si disponible)
- Licencia de Conducir (copia legible)
- Factura de luz, agua o telefono (copia)
- Fotos (si disponible)
- Permiso de Importacion (Copia)
- Volante de Admision * (Reporte del Ajustador Mexicano)
- Declaracion de ICS (Anexado)
- HDI Seguros Adenda (Anexado)
- Acta de Defuncion *

X Presentar reclamo con Aseguradora E.U.

- Copia de Aseguro de E.U.
- Factura de Venta de Vehiculo (copia legible)
- Pasaporte (copia legible)

- Gastos Medicos, Radiografias, Dictamen Medico
- X Presentar reclamo con su aseguradora E.U.

- Carta Explicatoria (Si no se reporto el accidente a la aseguranza antes de salir de Mexico como indican sus condiciones)

Ubicacion de vehiculo en E.U. _____
(Direccion, Ciudad, Estado Y Codigo Postal) _____

Ubicacion de vehiculo en Mexico _____
(Direccion, Ciudad, Estado y Codigo Postal) _____

Nombre de Banco o Instituto Financiero _____

Direccion _____

Telefono _____

Numero de Cuenta _____

Balance _____

Nombre de Aseguranza E.U. _____

Numero de Poliza _____

Telefono _____

Sobre recibimiento de la informacion y documentos arriba-mencionado, abriremos un expediente y presentaremos el reclamo a nuestra compania aseguradora en Mexico para consideracion de pago e investigacion. Para evitar demorarr su reclamo, por favor envíe por fax al numero listado arriba todo y los mismos por correspondencia.

HDI Seguros

Beneficiary Information (Information requested Art.140 of Mexican Insurance Law)

Name _____
(Registered Owner) Name Middle Last Name

Nationality _____ Insured Name _____

Driver License No. _____ FMN Bussines _____

Passport No. _____ FM3 _____

FMT Tourist _____ M2 _____

Occupation _____

Address in USA _____
Street No. City Sate Zip

Date of Birth _____ e-mail _____

USA Phone No. _____ Alternative No. _____

Address in Mexico _____
Street No. City State Zip

Mex. Phone No. _____ Mex Fax No. _____

Documents attached:

Passport copy Yes No

Driver licence copy Yes No

Date _____ Signature _____