



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
- 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** \_\_\_\_\_