



SOLICITUD DE SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL

SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL 5 AÑOS

HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
 Río Marne No. 24 Col. Cuauhtemoc,
 Deleg. Cuauhtemoc
 México D.F. C.P 06500
 Teléfono y Fax: (0155) - 5262 - 1780

Para facilitar los tramites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No sera atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De acuerdo a la Ley Sobre el Contato de Seguro, el solicitante debe aclarar todos los hechos para la apreciacion del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaracion de los hechos importantes que se le pregunte para la apreciacion del riesgo, darán lugar a la cancelacion de la póliza y en consecuencia a la pérdida de derechos a los beneficiarios.

IMPORTANTE: Este documento solamente constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante

Nombre (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno			
Fecha de Nacimiento			Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad		Ciudad y Estado de Nacimiento	
Día	Mes	Año							
			En caso de ser mujer. ¿Está embarazada? Si () No ()						

Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja		RFC con homoclave		CURP	
Profesión u Ocupación Principal		Nombre de supuesto y en qué consisten sus labores		Giro de la Empresa	
Domicilio del lugar de trabajo					
Alguna otra Ocupación		Describe en que consisten sus labores			

DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior		Num. exterior		COLONIA		Ciudad o Población	
Delegación o Municipio		Estado		C.P.	Teléfono Particular	Teléfono Oficina	Correo Electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
Relación con el solicitante					
RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular

DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior		Num. exterior		Colonia	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Estado	Codigo Postal

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan				Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción		Forma de pago	
Temporal a 5 años Renov	100,000 ()	200,000 ()	300,000 ()			ANUAL	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización
 Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.
 La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s) de(los) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA

¿Esta solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o mas que sean voluntarios? Sí () No ()

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí () No () En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

Cuestionario Médico

Peso _____ Kg Estatura _____ cm
 Fuma _____

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

1.- Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.- Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.- Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.- Cirrosis hepática, hepatitis c o insuficiencia hepática	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5.- enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6.- Insuficiencia renal o pancreatitis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7.- Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8.- VIH, sida o seropositivo al VIH	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACION

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Hir Compañía de Seguros S.A de C.V. aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Hir Compañía de Seguros S.A de C.V. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Hir Compañía de Seguros S.A de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Hir Compañía de Seguros S.A de C.V.

MEXICO, D.F. A	DIA	MES	ANO	NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE
-----------------------	-----	-----	-----	---------------------------------------	---------------------------------------

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑIA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud? Sí () No ()

LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL Y LA NOTA TECNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTAN REGISTRADOS ANTE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NUMERO: CNSF-S0091-0664-2009 DE FECHA 18/08/2009.