

Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

**Datos del contratante** (Nombre completo o razón social; sólo si es diferente al solicitante)

Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Soltero  Casado  Otro  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 R.F.C. [ ][ ][ ][ ][ ] – [ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ][ ][ ] Sexo: Masculino  Femenino  [A][A][A][A][M][M][D][D] \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle y No. \_\_\_\_\_ Col. o Pob. \_\_\_\_\_  
 Del. o Mpio. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_  
 Fumador No  Sí  Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Vigencia de la póliza: \_\_\_\_\_

**Identificación y conocimiento del cliente**

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el año inmediato anterior alguna de las siguientes funciones o cargos: Jefe de Estado o de Gobierno. Líder político, funcionario Gubernamental, Judicial o Militar de alta jerarquía, Alto Ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos?

No  Sí  Especifique \_\_\_\_\_

¿Es usted cónyuge, concubina, concubinario o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona de las mencionadas en el párrafo anterior?

No  Sí  Especifique \_\_\_\_\_

Nota Importante: Este documento sólo constituye una solicitud y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Hir Compañía de Seguros, S.A. C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

**Datos adicionales**

Ocupación preponderante \_\_\_\_\_

Breve descripción de actividad laboral \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí  No  (En caso afirmativo conteste el cuestionario de actividades peligrosas)

**Beneficios solicitados y datos del seguro**

Nombre	Suma Asegurada	Deducible
Muerte Accidental y/o Gastos Funerarios*		No aplica
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente		\$500

\*En caso de que los asegurados sean menores de 12 años, la suma asegurada se otorgará como Gastos Funerarios limitada a 60 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro.

**Nombre de los asegurados**

Parentesco	Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Firma
Titular			

**Beneficiarios**

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de señalar a un mayor de edad, como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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.

Asegurado	Beneficiarios	Beneficiario irrevocable	Parentesco	% de la Suma Asegurada
Titular				

Opciones de liquidación	Planes	Asegurados
Pago único	Individual	Titular

**Importante:** Leer antes de firmar. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas en él, las he hecho personalmente y son en todo verídicas y completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente, constituyen la base del contrato del seguro. El que firma al calce manifiesta bajo protesta de decir verdad, tener las facultades legales para celebrar este contrato. De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo al que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o debe conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta de los hechos importantes que se le preguntan podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios, en su caso.

HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., (HIR) me ha puesto a la vista el **Aviso de Privacidad** que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que HIR recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles asimismo manifiesto mi conformidad para que HIR pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

\_\_\_\_\_  
Fecha Nombre del Solicitante Firma del Solicitante

**SÓLO PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS**

Agente	Clave	Correo electrónico	% Participación	Tipo de Identificación y Número

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 26 de febrero de 2014, con el número CNSF-S0091-0128-2014”.**