



No. de Solicitud

Aviso de Privacidad: HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., es responsable del tratamiento de sus datos personales, con domicilio en Río Marne No. 24, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México utilizará sus datos personales aquí recabados para contacto y prospección de clientes. 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, al teléfono 01 800 73 48 447 o a través del correo informa.clientes@hirsegueros.com.mx

Datos del asegurado (Nombre del contratante)

Apellido paterno - materno - nombre(s)				Edo.Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
R.F.C. <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			[A][A][A][A][M][M][D][D]				
Domicilio: Calle y No. _____						Col. o Pob. _____				
Del.o Mpio. _____				C.P. _____			Estado _____			
Ocupación _____			Tel. casa _____		Tel. oficina: _____		e-mail: _____			
Ingresos anuales: _____				Giro: _____						
Empresa donde labora _____										

Coberturas contratadas

Cobertura básica	Coberturas adicionales

Producto y Suma Asegurada

Producto	Suma asegurada	INPC	Tope

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.

Designación de beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	% de la Suma Asegurada

"Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitaciones, las cuales pueden consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentra a su disposición en nuestra página de internet "<http://www.hirsegueros.mx>".

Asimismo, se informa a nuestros clientes y público en general, que podrán consultar todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet "<http://www.hirsegueros.mx>", en la sección "Condiciones Generales", Anexo denominado Preceptos Legales.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-SEGUHIR (01-800-734-8447, en horarios de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas; al correo electrónico "ruben.torres@hirsegueros.com.mx", o visite nuestra página de internet <http://www.hirsegueros.mx> ; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55)5340 0999 en el D.F. y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página "<http://www.condusef.gob.mx>"

IMPORTANTE: Para que este documento sea válido el solicitante debe leer y firmar las declaraciones en el anverso.

Lugar y fecha

Firma del asegurado

Cuestionario médico del titular		Sí	No			Sí	No
1. ¿ Tiene algún defecto en la vista o auditivo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Se le han practicado electrocardiogramas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ Le falta algún miembro o parte de él?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. En los últimos 5 años:			
3. ¿ Padece o ha padecido alguna deformidad, enfermedad, afección o lesión?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿Ha recibido transfusiones de sangre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿ Ha recibido tratamiento por el alcoholismo o cualquier hábito de drogas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ Esta bajo tratamiento o ha tomado algún medicamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿Por qué? _____			
6. ¿ En estos últimos dos años, ha consultado algún médico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (CRS), o síntomas relacionados con el SIDA?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ¿Ha recibido tratamiento en relación a cualquiera de las categorías mencionadas en la pregunta anterior?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿ Ha estado usted internado en algún hospital o clínica para estudios, operación o tratamiento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Padece usted de diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿ Padece de hipertensión?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Ha contratado pólizas de seguro con otras compañías?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se le han hecho estudios de rayos X?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compañía _____			
				Suma Asegurada _____			

En caso de respuestas afirmativas dar amplia información en el siguiente cuadro

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se las practicaron	Duración	Condiciones físicas actualmente (sano o en tratamiento)

15. Estatura: _____ mts. 16. Peso _____ kgs. 17. ¿Ha variado su peso los últimos 12 meses? Sí No

kgs. de disminución: _____ kgs. de aumento: _____ 18. Causa: _____

19. ¿Ha habido en su familia casos de diabetes? En caso de respuesta afirmativa especifique que persona: Sí No

Padre Madre Hermanos Tíos 1er. grado

Nombre y domicilio de los médicos, clínicas y hospitales que lo atendieron por sus padecimientos recientes

20. Si ud es del sexo femenino actualmente esta embarazada? _____ ¿cuál es del diagnóstico del embarazo? _____

21. Deporte y/o aficiones que practica _____

22. ¿Participa en competencias? Sí No Amateur Profesional

23. Frecuencia Diario Semana Quincenal Mensual

Si practica algún deporte peligroso como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo con o sin competencia etc. es necesario llenar el cuestionario correspondiente

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Clase _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Fuma actualmente? Sí No Clase: Cigarro Puro Cantidad _____ Frecuencia _____

En caso de que haya dejado de fumar, especifique causa y fecha: _____

¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento médico? Sí No Causa: _____

¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? Sí No No. de horas anuales en los 12 últimos meses _____

En caso afirmativo a la pregunta anterior, solicitar el cuestionario de aviación respectivo.

Enterado de lo que antecede, y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro que todos los hechos a que se refiere este cuestionario son verdaderos, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se me pregunte, podrá originar la pérdida de mi derecho como Asegurado o del beneficiario en su caso; así mismo estoy dispuesto, si fuera necesario a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales o Clínicas a los haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Hir, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a mi estado de salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

Lugar y fecha

Firma del asegurado

Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001875-01.

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 3 de marzo 2004 con el número CNSF-S0091-0129-2004