



HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., es responsable del tratamiento de sus datos personales sensibles y patrimoniales, con domicilio en Río Marne No. 24, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México; si la información contenida en este documento contiene datos personales (incluyendo datos sensibles) HIR Compañía de Seguros se obliga a resguardar dicha información y darle tratamiento en términos del Aviso de Privacidad dispuesto en www.hirsegueros.mx

Datos generales del miembro del grupo solicitante

Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s) _____ Edo.Civil: Soltero Casado Otro Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____
R.F.C. [][][][][] – [][][][][][] – [][][] Sexo: Masculino Femenino _____
Domicilio: Calle y No. _____ Col.o Pob. _____
Del.o Mpio. _____ C.P. _____ Estado _____
Fumador Sí No Tel. casa _____ Tel. celular _____ e-mail: _____

Datos adicionales

NOTA IMPORTANTE: el cuestionario siguiente solamente aplicará para personas que soliciten su ingreso al grupo despues de los treinta dias naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo.

¿Tiene contratadas otras pólizas de vida? Sí No ¿En qué aseguradora? _____
Estatura _____ cms Peso _____ kgs
¿Ha(n) padecido o padece(n) el (los) proponente(s) alguna de las siguientes enfermedades: ? Marque con una "X "
Hipertensión Arterial Enfermedades Cardiovasculares Diabetes Artritis Tuberculosis Hernias Discales
Enfermedades Cancerosas ¿Ha dado positivo al test de anticuerpos de Sida?
Especifique _____
¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí No (En caso afirmativo contestar el cuestionario de actividades peligrosas)
Ocupación preponderante _____
Breve descripción de la actividad laboral _____
Sueldo mensual _____

Datos del contratante/ patrón / titular de la póliza maestra

Razón Social _____ No. de empleado _____
Ubicación de la oficina donde labora el solicitante _____ Fecha de ingreso _____
No. de póliza _____ Fecha de alta del seguro _____

Beneficios solicitados y datos del seguro

| Nombre | Suma Asegurada o regla para determinarla |
|--|---|
| Fallecimiento | |
| Muerte accidental | |
| Muerte accidental colectiva | |
| Pérdidas orgánicas | Escala A <input type="checkbox"/> Escala B <input type="checkbox"/> |
| Pérdidas orgánicas por accidente colectivo | Escala A <input type="checkbox"/> Escala B <input type="checkbox"/> |
| Invalidez total y permanente | |
| Exención de pago de prima por invalidez | |
| Últimos gastos | |
| Enfermedades graves | |
| Aportación adicional (ahorro) | |

Designación de 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, quién en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de los beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

| Beneficiarios | Beneficiario irrevocable | Parentesco | % de la Suma Asegurada |
|---------------|--------------------------|------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR. En caso de minoría de edad del Asegurado, debe firmar su tutor o representante legal. Acepto contribuir al pago de las primas, con la cantidad de \$ _____ en periodicidad _____, a efecto de participar en el costo de las coberturas solicitadas en este documento. 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.

Lugar y fecha

Firma del asegurado

“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 23 de Mayo de 2011, con el número CNSF-S0091-0959-2010/ CONDUSEF-001884-01”.