



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

Para facilitar los trámites de este consentimiento favor de llenarlo con letra de molde y tinta negra.

Datos generales del miembro del grupo solicitante

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

Datos adicionales

Nota importante: el siguiente cuestionario solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

Estatura: _____ mts. Peso _____ kgs.
 ¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí No (En caso afirmativo conteste el cuestionario de actividades peligrosas)
 ¿Ha padecido o padece el proponente alguna de las siguientes enfermedades? Marque con una "x"
 Hipertensión arterial Sí No
 Enfermedades cardiovasculares Sí No
 Diabetes Sí No
 Artritis Sí No
 Tuberculosis Sí No
 Hernias discales Sí No
 Enfermedades cancerosas Sí No
 Ha dado positivo al test de anticuerpos de sida Sí No
 Ocupación preponderante _____
 Breve descripción de actividad laboral _____

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 al seguro _____

Beneficios de la póliza

	Suma Asegurada o regla para determinarla	
Fallecimiento		
Muerte o invalidez total y permanente		
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 primas		
Gastos funerarios		
Gastos funerarios cónyuge		
Gastos funerarios hijos		
Últimos gastos		

