



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 siguiente cuestionario solamente aplicará para personas mayores de edad en 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 \_\_\_\_\_ 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?   
¿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 \_\_\_\_\_

**Datos del contratante/ patrón / titular de la póliza maestra**

Razón Social \_\_\_\_\_ No. de empleado o matrícula \_\_\_\_\_  
Ubicación del plantel \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
No. de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de alta del seguro \_\_\_\_\_

**Beneficios solicitados y datos del seguro**

| Nombre   | Suma Asegurada o regla para determinarla                            |
|--|---|
| Muerte por accidente   |   |
| Pérdidas orgánicas por accidente   | Escala A <input type="checkbox"/> Escala B <input type="checkbox"/> |
| Muerte por accidente colectivo   |   |
| Pérdidas orgánicas por accidente colectivo   | Escala A <input type="checkbox"/> Escala B <input type="checkbox"/> |
| Indemnización diaria por incapacidad total temporal y/o parcial temporal por accidente |   |
| Reembolso de gastos médicos por accidente  |   |

**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 21 de Febrero de 2013, con el número CNSF-S0091-0065-2013/ CONDUSEF-001874-01”.**