



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

Beneficios solicitados y datos del seguro

Nombre	Suma Asegurada o regla para determinarla
Muerte accidental	
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.

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

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-S0091-0374-2012/ CONDUSEF-001872-01”.