



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 contratante (Nombre completo o razón social; sólo si es diferente al solicitante)

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

Cuestionario médico

¿Ha(n) padecido o padece(n) el (los) proponente(s) alguna de las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Artritis, Tuberculosis, Hernias Discales, Enfermedades Cancerosas o ha(n) dado Positivo al Test de Anticuerpos de Sida?

Marque con una "X" Si No Estatura _____ cms Peso _____ kgs

Datos del solicitante titular (sólo si es diferente al contratante)

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

Datos del cónyuge

Apellido paterno - materno - nombre(s)			Edo. Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
R.F.C. [][][][]-[][][][][][][]-[][][]	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		[A][A][A][A][M][M][D][D]	
Nacionalidad: _____				
Ocupación: _____				

Datos de los hijos

1

Apellido paterno - materno - nombre(s)			Edo. Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
R.F.C. [][][][]-[][][][][][][]-[][][]	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		[A][A][A][A][M][M][D][D]	
Nacionalidad: _____				
Ocupación: _____				

2

Apellido paterno - materno - nombre(s)			Edo. Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
R.F.C. [][][][]-[][][][][][][]-[][][]	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		[A][A][A][A][M][M][D][D]	
Nacionalidad: _____				
Ocupación: _____				

3

Apellido paterno - materno - nombre(s)			Edo. Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
R.F.C. [][][][]-[][][][][][][]-[][][]	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		[A][A][A][A][M][M][D][D]	
Nacionalidad: _____				
Ocupación: _____				

Beneficios solicitados y datos del seguro

Nombre	Suma Asegurada
Fallecimiento	
Muerte accidental	

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.

Del asegurado titular

Nombre del beneficiario	Irrevocable		Parentesco	% de la Suma Asegurada
	Si	No		
	Si	No		
	Si	No		

Del cónyuge

Nombre del beneficiario	Irrevocable		Parentesco	% de la Suma Asegurada
	Si	No		
	Si	No		
	Si	No		

De los hijos mayores de 14 años

Nombre del beneficiario	Irrevocable		Parentesco	% de la Suma Asegurada
	Si	No		
	Si	No		
	Si	No		

Forma de pago	Conducto de pago	Vigencia de la póliza	Edad		
			Aceptación	Cancelación	
Anual <input type="checkbox"/>	Agente <input type="checkbox"/>	De [A][A][A][A][M][M][D][D]	Titular y cónyuge	18 - 64	65
Semestral <input type="checkbox"/>	Depósito o transferencia <input type="checkbox"/>	A [A][A][A][A][M][M][D][D]	Hijos	12 - 24	25
Cuatrimstral <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Moneda	Menores de 12 años	30 días - 11	12
Trimestral <input type="checkbox"/>	Especifique _____	Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>			
Bimestral <input type="checkbox"/>					
Mensual <input type="checkbox"/>					

IMPORTANTE: Este documento solamente constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

El que firma al calce manifiesta bajo protesta de decir verdad, tener las facultades legales para celebrar este contrato.

“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>"

Lugar y fecha

Nombre y firma del contratante

Nombre del agente _____ Clave _____

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-001887-01.

“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 15 de abril de 2011, con el número CNSF-S0091-0067-2011”.