HIR SEGUROS

HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
Río Marne No. 24 Col. Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06500 Tel.5262-1780

Seguro Individual con Ahorro a Tarifa Única

No. de Solicitud

I.V.:

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.hirseguros.mx, al teléfono 01 800 73 48 447 o a través del correo informa.clientes@hirseguros.com.mx

Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

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

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Edo.Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐

Fecha de nacimiento A A A A M M D D

Nacionalidad

R.F.C. ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Domicilio: Calle y No. Col. o Pob.

Del.o Mpio. C.P. Estado

Ocupación Tel. casa Tel. oficina: e-mail:

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

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Edo.Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐

Fecha de nacimiento A A A A M M D D

Nacionalidad

R.F.C. ☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Domicilio: Calle y No. Col. o Pob.

Del.o Mpio. C.P. Estado

Ocupación Tel. casa Tel. oficina: e-mail:

Identificación y conocimiento del cliente

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el año inmediato anterior alguna de las siguientes funciones o cargos: Jefe de Estado o de Gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos?

No ☐ Sí ☐ Especifique

¿Es usted cónyuge, concubina, concubinario o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona de las mencionadas en el párrafo anterior?

No ☐ Sí ☐ Especifique

Planes y coberturas contratadas

Regla para determinar la suma asegurada. La suma asegurada máxima se establecerá de acuerdo a las Condiciones del Contrato de Adhesión suscrito entre el asegurado y el contratante.

PLAN	ASEGURADOS	(elegir sólo una opción)	PAQUETE DE COBERTURA CONTRATADO (elegir sólo una opción)		
Individual →	Titular	☐	1. F	☐	5. F, IITP y MA ☐
Hijos →	Titular e hijos	☐	2. F e IITP	☐	6. F, IITP y C ☐
Conyugal →	Titular y Cónyuge	☐	3. F y MA	☐	7. F, MA y C ☐
Familiar →	Titular, cónyuge e hijos	☐	4. F y C	☐	8. F, IITP, MA y C ☐

Otros

Últimos Gastos No ☐ Si ☐ (50% de la Suma Asegurada con máximo de $200,000.00)

No. de módulos

Aportación al fondo del asegurado titular No ☐ Si ☐

Descripción de coberturas

F (Fallecimiento) IITP (Indemnización por Invalidez Total y Permanente) MA (Muerte Accidental) C (Cáncer)

Sumas aseguradas para las coberturas de cáncer

	Titular	Cónyuge	Por c/hijo
Fallecimiento por cáncer	30,000.00	15,000.00	2,500.00
Fallecimiento por cáncer de mayor incidencia	30,000.00	15,000.00	2,500.00
Primer diagnóstico de cáncer de mayor incidencia	30,000.00	15,000.00	2,500.00

Forma de pago

Anual ☐
Semestral ☐
Trimestral ☐
Mensual ☐

Primas según forma de pago

Cobertura $
Aportación $
Total $

Cuestionario médico del titular

1) ¿Padece actualmente de alguna enfermedad? Sí ☐ No ☐
2) ¿Ha consultado al médico en los últimos dos años? Sí ☐ No ☐
3) ¿Tiene pendiente o se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Sí ☐ No ☐
4) ¿Padece de enfermedad del corazón, presión arterial alta o infarto del corazón? Sí ☐ No ☐
5) ¿Padece diabetes? Sí ☐ No ☐
6) ¿Ha sido detectado como positivo a SIDA? Sí ☐ No ☐
7) ¿Está actualmente en tratamiento médico? Sí ☐ No ☐

Fecha de inicio

Medicamento

Dosis

En caso de respuestas afirmativas dar amplia información en el siguiente cuadro

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se las practicaron	Duración	Condiciones físicas actualmente (sano o en tratamiento)

8. Estatura: _____ mts. 9. Peso _____ kgs. 10. ¿Ha variado su peso los últimos 12 meses? Sí ☐ No

kgs. de disminución: _____ kgs. de aumento: _____ 11. Causa: _____

12. Nombre y domicilio de los médicos, clínicas y hospitales que lo atendieron por sus padecimientos recientes _____

13. Deportes y aficiones que practica _____

14. ¿Participa en competencias? Sí ☐ No ☐ Amateur ☐ Profesional ☐

15. Frecuencia Diario ☐ Semana ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐

Si practica algún deporte peligroso como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo con o sin competencia etc. es necesario llenar el cuestionario correspondiente

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí ☐ No ☐ Clase _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Fuma? Sí ☐ No ☐ Clase _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

En caso de que haya dejado de fumar, especifique causa y fecha: _____

¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? Sí ☐ No ☐ No. de horas anuales en los 12 últimos meses _____

En caso afirmativo a la pregunta anterior, solicitar el cuestionario de aviación respectivo.

Proporcione la siguiente información sólo en caso de contratar o solicitar un plan conyugal, hijos o familiar.

Datos del cónyuge

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Edo.Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha de nacimiento A A A A M M D D

Ocupación: _____

Datos de los hijos

1

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Edo.Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha de nacimiento A A A A M M D D

Ocupación: _____

2

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Edo.Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha de nacimiento A A A A M M D D

Ocupación: _____

Cuestionario médico para dependientes

¿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 o algún otro padecimiento no especificado?

Cónyuge No ☐ Si ☐ Indique cuál _____

Hijo 1 No ☐ Si ☐ Indique cuál _____

Hijo 2 No ☐ Si ☐ Indique cuál _____

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 contato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Designación de beneficiarios del titular

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

Designación de beneficiarios del cónyuge

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

Designación de beneficiarios de los hijos mayores de 18 años

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	% de la Suma Asegurada
1				
1				
2				
2				

Nota. Enterado de lo que acontece y para el efecto de esta solicitud de seguro, declaro que todos los hechos a que se refiere este cuestionario son verdaderos, en la inteligencia de que la no declaración de un hecho importante que se me pregunte, podrá originar la pérdida de mi derecho como aegurado o del beneficiario en su caso, asimismo estoy dispuesto, si fuera necesario a pasar un exámen médico por cuenta de la Compañía, si esta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o a personas que me hayan asistido, examinado, a los Hospitales o Clínicas a los que haya ingresado para mi diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcione a HIR Compañía de Seguros, S. A. de C.V. todos los informes que se refieran a mi estado de salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deban conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta de los hecho importantes que se le preguntan, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

Declaro que he sido entrevistado por el agente de seguros, quien ha recabado los datos y documentos necesarios para dar cumplimiento a la Quinta de las disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dicho agente, cuyo nombre aparece en este documento me ha informado sobre las disposiciones y el objetivo de las mismas en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita.

“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.hirseguros.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.hirseguros.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@hirseguros.com.mx", o visite nuestra página de internet http://www.hirseguros.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"

Nombre y firma del contratante	Firma del solicitante titular (Sólo si es diferente al contratante)	Lugar y fecha

Datos del agente

Agente	Cliente	Correo electrónico	% de participación

Datos del demostrador

Clave No.	Nombre	Correo electrónico	Lugar y fecha

Se validó el nombre y la dirección del cliente con la identificación original:

Tipo de identificación _____ Número _____ _____

Firma del Agente

Datos de la institución o de la empresa donde presta sus servicios

Nombre _____ Dependencia, entidad o área _____

Domicilio: Calle y No. _____ Col.o Pob. _____

Del.o Mpio. _____ Estado _____ C.P. _____

Autorización para el descuento por nómina

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Área de trabajo_____ No. de empleado _____ Retención quincenal _____

R.F.C._____ Tels. Ext. _____

A efecto de obtener de Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V., la expedición de un Contrato de Seguro de Vida, autorizo a mi empresa para que me sea descontado a través de mi nómina, el importe correspondiente al plan(es) contratado(s) siempre y cuando esta solicitud sea aceptada por la Compañía Aseguradora. Dicha cantidad deberá entregarse a la aseguradora en un plazo no mayor a 45 días hábiles. Estoy de acuerdo con autorizar la renovación automática, así como los importes que ésta corresponda. Me reservo el derecho de solicitar la cancelación por escrito con 30 días de anticipación.

_____ _____

Firma del Contratante Lugar y fecha

Autorización para el descuento por nómina

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Área de trabajo_____ No. de empleado _____ Retención quincenal _____

R.F.C._____ Tels. Ext. _____

A efecto de obtener de Hir Compañía de Seguros, S.A. de C.V., la expedición de un Contrato de Seguro de Vida, autorizo a mi empresa para que me sea descontado a través de mi nómina, el importe correspondiente al plan(es) contratado(s) siempre y cuando esta solicitud sea aceptada por la Compañía Aseguradora. Dicha cantidad deberá entregarse a la aseguradora en un plazo no mayor a 45 días hábiles. Estoy de acuerdo con autorizar la renovación automática, así como los importes que ésta corresponda. Me reservo el derecho de solicitar la cancelación por escrito con 30 días de anticipación.

_____ _____

Firma del Contratante Lugar y fecha

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-001948-01.

"En cumplimiento a lo dispuesto en al 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 13 de mayo de 2013, con el número CNSF-S0091-0063-2013".