



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

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: _____ Nacionalidad: _____
 R.F.C. [][][][][]-[][][][][][][][][]-[][][] Sexo: Masculino Femenino [A][A][A][A][M][M][D][D]
 Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pobl. _____
 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: _____ Nacionalidad: _____
 R.F.C. [][][][][]-[][][][][][][][][]-[][][] Sexo: Masculino Femenino [A][A][A][A][M][M][D][D]
 Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pobl. _____
 Del. o Mpio. _____ C.P. _____ Estado _____
 Ocupación _____ Tel.casa : _____ Tel.oficina : _____ e-mail: _____

Cuestionario médico del titular

¿Ha padecido o padece el proponente alguna de las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Artritis, Tuberculosis, Hernias Disciales, Enfermedades Cancerosas o ha(n) dado Positivo al Test de Anticuerpos de Sida? Sí No

Estatura _____ cm Peso _____ kg

Forma de pago Anual <input type="checkbox"/>	Conducto de pago
Semestral <input type="checkbox"/>	Agente <input type="checkbox"/>
Cuatrimestral <input type="checkbox"/>	Depósito o transferencia <input type="checkbox"/>
Trimestral <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Bimestral <input type="checkbox"/>	Especifique _____
Mensual <input type="checkbox"/>	

Vigencia de la póliza De [][][][][][][][][] A [][][][][][][][][] **Moneda** Nacional Dólares **Liquidación** PAGO ÚNICO

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 hechos importantes que se le preguntan, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

Datos del cónyuge

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

Datos de los hijos

1
 Apellido paterno - materno - nombre(s) _____ Edo.Civil: Soltero Casado Otro Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 R.F.C. [][][][][]-[][][][][][][][][]-[][][] Sexo: Masculino Femenino [A][A][A][A][M][M][D][D]
 Ocupación _____

2
 Apellido paterno - materno - nombre(s) _____ Edo.Civil: Soltero Casado Otro Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 R.F.C. [][][][][]-[][][][][][][][][]-[][][] Sexo: Masculino Femenino [A][A][A][A][M][M][D][D]
 Ocupación _____

3
 Apellido paterno - materno - nombre(s) _____ Edo.Civil: Soltero Casado Otro Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 R.F.C. [][][][][]-[][][][][][][][][]-[][][] Sexo: Masculino Femenino [A][A][A][A][M][M][D][D]
 Ocupación _____

"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".

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 _____

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.

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.

Beneficios solicitados y datos del seguro

Nombre	Suma Asegurada o regla para determinarla
Fallecimiento	
Muerte por cáncer	
Primer diagnóstico de cáncer	
Muerte accidental	
Pérdida de miembros	
Muerte accidental colectiva	
Invalidez total y permanente	
Últimos gastos	

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

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución 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-SEGUIR (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>"

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-001890-01.

Nombre y firma del contratante

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

Lugar y fecha

"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 2 de diciembre de 2010, con el número CNSF-S0091-0461-2010. Cobertura adicional por cáncer para Vida Individual a tarifa única BADI-S0091-0004 con fecha 04 de agosto de 2011".