

Datos de los beneficiarios

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el 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, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre de (los) Beneficiario (s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

Otros seguros de vida

¿Esta solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o mas que sean voluntarios? Si No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si No

En caso afirmativo ¿Por qué motivo? _____

Cuestionario Médico

Peso _____ Kg Estatura _____ cm ¿Fuma ? Si No

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- Diabetes | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.- Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.- Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.- Cirrosis hepatica, hepatitis c o insuficiencia hepática | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.- Enfermedades cardiacas, infarto, isquemia, hipertension arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.- Insuficiencia renal o pancreatitis | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.- Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.- VIH, sida o seropositivo al VIH | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique: _____

AUTORIZACION

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Hir Compañía de Seguros S.A de C.V, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Hir Compañía de Seguros S.A de C.V, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Hir Compañía de Seguros S.A de C.V, la información de su conocimiento y que a su vez Hir Compañía de Seguros S.A de C.V proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que quiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y fecha

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del solicitante

Aspectos internos de la Compañía

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre del (los) Agente (s)	Porcentaje	Clave
-----------------------------	------------	-------

Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave
------------------------------	------------	-------

Nombre del Agente	Clave	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del agente
-------------------	-------	------------------	----------------	---------------	------------------

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si No

“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>"

“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 de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de Julio de 2016, con el número CNSF-S0091-0608-2016/CONDUSEF-000243-01”

"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-000243-01."