



Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénela con letra de molde y tinta negra.  
No será válida si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos.

Fecha de Solicitud  
|D|D|M|M|A|A|A|A|

Marque el trámite solicitado

Pago de suma asegurada total  Retiro del 50% del fondo  Rescate de aportaciones voluntarias  \$ \_\_\_\_\_

Datos generales del asegurado

Número de Cuenta

Grid for account number input: 15 empty boxes

Nombre

Grid for name input: 35 empty boxes

Apellido paterno -Apellido Materno - Nombre (s)

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

R.F.C. | | | | | - | | | | | | | | - | | |

CURP | | | | | - | | | | | | | | - | - | | - | | | | - | - |

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

Domicilio: Calle y No. \_\_\_\_\_ Col. o Pob.: \_\_\_\_\_

Del. o Mpio.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Identificación del asegurado

INE Credencia para votar  Credencial INPAM

Certificado de Matrícula Consular SRE

Pasaporte SRE  Cédula Profesional SEP

Forma Migratoria (FM2)   
Forma Migratoria No Inmigrante (FM3)   
Credencial de Inmigrado - INM

Número de identificación  
\_\_\_\_\_

¿Es usted contribuyente de impuestos en EUA? Sí  No

Número de Seguridad Social (NSS)(Requisitar para contribuyentes de impuestos en EUA) \_\_\_\_\_

Profesión u Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Datos de contacto del asegurado

Domicilio: Calle y No.: \_\_\_\_\_ Col. o Pob.: \_\_\_\_\_

Del. o Mpio.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ ¿Zona Fronteriza?: No  Sí

e-mail personal: \_\_\_\_\_ e-mail laboral: \_\_\_\_\_



**AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL**

HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., en lo sucesivo HIR, con domicilio en Insurgentes Sur 617, Col. Nápoles Alcaldía. Benito Juárez, Ciudad de México C.P. 03810, es una compañía de seguros autorizada por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para practicar operaciones de vida y accidentes personales y, para desarrollar su objeto social, es responsable de recabar sus datos personales, del tratamiento que se le de a los mismos y de su protección.

Política de Privacidad: Para poder brindarle nuestros seguros; así como otros productos y servicios análogos y conexos que en su caso HIR tenga autorizados a ofrecer al público en general. HIR requiere que usted le proporcione directamente o a través de agentes de seguros información suya y, en su caso, de personas relacionadas con usted, que ayude a verificar su identidad, derivado de las Disposiciones en materia de Prevención al Lavado de Dinero, que obligan a las aseguradoras a identificar plenamente al cliente, a recabar de éste información y documentación así como a verificar su comportamiento transaccional y tendrá a la vez la obligación de conservar dicha información durante el tiempo establecido en la legislación aplicable.

Asimismo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en sus artículos 8, 9 y 10 que aquellas personas que soliciten un seguro están obligadas a declarar por escrito a las empresas de seguros, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca y deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Asimismo le informamos que sus datos personales, datos personales sensibles, patrimoniales y financieros, pueden ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a esta empresa. En este sentido su información puede ser compartida con nuestras empresas afiliadas y no afiliadas, autoridades o algún tercero que a consecuencia de un contrato o en aquellos casos en que la divulgación sea necesaria para la eficaz operación del negocio. Oposición: Usted tendrá derecho en todo momento y por causa legítima a oponerse al tratamiento de sus Datos Personales.

Usted podrá en todo momento solicitar el ejercicio de sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición, debiendo para tales efectos, presentar en el domicilio de HIR, señalado al inicio de éste documento, una solicitud por escrito. Usted puede tomar de esta página el formato que HIR tiene establecido para ejercitar los derechos ARCO o bien hacerlo mediante escrito libre, mismo que deberá contener cuando menos lo siguiente: (i) Nombre del Titular de los Datos Personales; (ii) Domicilio para recibir comunicaciones de HIR o en su caso dirección de correo electrónico si prefiere recibir notificaciones vía electrónica; (iii) adjuntar copia legible del documento que acredite su identidad. En caso de ser Representante Legal, el instrumento del que se desprendan sus facultades de representación; (iv) Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer los derechos; (v) Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales, así como cualquier otro elemento que, de conformidad con la legislación y a la última Política de Privacidad que se encuentren vigentes al momento de la presentación de su solicitud.

La solicitud de derechos ARCO podrá presentarla directamente con el responsable de datos personales, en días hábiles en un horario de 9:00 a 18:00 horas. El responsable de datos personales le asignará un número de folio y dará trámite a la solicitud dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la misma y notificará en el domicilio o correo electrónico por usted indicado el cambio de estatus.

Para cualquier duda relacionada con el ejercicio de sus derechos ARCO o con la interpretación de esta política, no dude en contactar con nuestro responsable de datos personales Carlos Alejandro Bazaldúa Cantor, en el teléfono (0155) 5262-1780, email: contacto@hirseguros.com.mx. Usted podrá presentar una Solicitud de Protección de Datos ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos ("IFAI"), por la respuesta que reciba o bien por falta de respuesta por parte de HIR. Lo anterior, en términos de lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

**Modo de pago**

- Centro de servicios: \_\_\_\_\_  N° Póliza o Solicitud: \_\_\_\_\_
- Cheque / Depósito bancario.  Producto de Inversión y ahorro (Favor de llenar la solicitud correspondiente)

Dependiendo de la forma de pago elegido a partir del momento en que se reciba el pago, depósito en cuenta o se aplique en otro producto de inversión o ahorro indicado, se otorga a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en el derecho proceda.

**Datos para depósito a cuenta bancaria**

N° de cuenta a nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Lista de documentos mínimos requeridos**

- Solicitud de Pago de Seguro de Ahorro Voluntario  Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad)
- Identificación oficial vigente  Último talón de pago con descuento
- Baja original de la dependencia (sólo en caso de pago de suma asegurada total)

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable  
de cotejar la documentación del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante