



HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
 Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
 Tels: 5262-1780, 800-7348-447 www.hirsegueros.mx

Solicitud de cambios a las condiciones de la póliza

HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., es responsable del tratamiento de sus datos personales sensibles y patrimoniales, con domicilio en Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México; si la información contenida en este documento contiene datos personales (incluyendo datos sensibles) HIR Compañía de Seguros se obliga a resguardar dicha información y darle tratamiento en términos del Aviso de Privacidad dispuesto en www.hirsegueros.mx

Póliza No.

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 de la empresa

Datos del contratante y/o asegurado

Apellido paterno – Apellido materno Nombre(s) _____ Tel. casa _____ Celular _____
 R.F.C. e-mail: _____

El que suscribe contratante de la póliza en referencia, solicita a HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Tipo de movimiento

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modificación de nombre y/o apellidos | <input type="checkbox"/> Inclusión de beneficios adicionales |
| <input type="checkbox"/> Cambio de contratante | <input type="checkbox"/> Exclusión de beneficios adicionales |
| <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio | <input type="checkbox"/> Cambio de edad |
| <input type="checkbox"/> Corrección de RFC | <input type="checkbox"/> Cambio de suma asegurada |
| <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiario(s) | <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago |
| <input type="checkbox"/> Cambio de clave de agente | <input type="checkbox"/> Cambio de plan |
| <input type="checkbox"/> Duplicado de póliza | <input type="checkbox"/> Cambio de fecha de emisión |
| <input type="checkbox"/> Duplicado de endoso | <input type="checkbox"/> Rescate total de la póliza <i>(ver nota 2)</i> |
| <input type="checkbox"/> Aclaración de estado de cuenta | <input type="checkbox"/> Retiro parcial de la póliza <i>(ver nota 2)</i> |
| <input type="checkbox"/> Carta estatus | <input type="checkbox"/> Estados de cuenta |
| <input type="checkbox"/> Cancelación de póliza <i>(ver nota 1)</i> | <input type="checkbox"/> Cambio de conducto de cobro |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Devolución de primas |
| <input type="checkbox"/> Actualización de datos personales | <input type="checkbox"/> Aclaración de pagos |
| <input type="checkbox"/> Otros especifique _____ | <input type="checkbox"/> Duplicado de recibo |

Descripción del movimiento (detalle brevemente la codificación solicitada)

IMPORTANTE

NOTA 1: Cancelación y devolución.
 Hacemos de su conocimiento que la fecha de baja y suspensión de descuentos se asigna con base al calendario de intercambio de información que se mantienen con la dependencia en la cual usted labora por lo que no necesariamente coincidirán con la fecha de su solicitud de cancelación; consecuentemente los descuentos que se llegaran a efectuar con posterioridad a la fecha de suspensión de descuentos de acuerdo a los calendarios y que sean entregados a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V. le serán devueltos previo a su requerimiento, anexando los talones de descuento.

NOTA 2: De la forma de pago.

Lugar _____ Póliza No. _____

Cheque: _____ Producto de Inversión y ahorro

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



HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.
Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez. C.P. 03940
Tels: 5262-1780, 800-7348-447 www.hirsegueros.mx

Datos para depósito a cuenta bancaria

Nº de cuenta a nombre del asegurado: _____

Nombre del banco: _____ Sucursal: _____

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que los cambios solicitados surtan efecto a partir del ____ de _____ de 20____. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación de HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V. de las modificaciones a efectuar se notificará en el endoso o documentación que remita al Asegurado y será efectiva a partir de la fecha de aceptación. Ratifico el consentimiento otorgado a esta Aseguradora para el tratamiento de mis datos personales.

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio de correo electrónico señalado en esta solicitud.

Sí, acepto

No, acepto

Datos del agente

Clave No.

Nombre:

Firma del contratante

Firma del asegurado

Firma del agente

Lugar y Fecha _____