



Nombre o Razón Social (contratante):			
No. de póliza:	Vigencia póliza:	No. de certificado:	Vigencia del certificado:

Nombre del solicitante/Asegurado titular:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

¿Usted desempeña o ha desempeñado en los cinco años inmediatos anteriores alguna de las siguientes funciones o cargos: Jefe de Estado o de Gobierno, Líder político, Funcionario Gubernamental, Judicial o Militar de alta jerarquía, Alto Ejecutivos 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? Sí No Especifique _____

Coberturas	Suma asegurada o regla para determinarla	Prima

Monto de aportación adicional: _____
Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Otro _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombre beneficiario	Parentesco	Fecha de nacimiento	Domicilio	% participación

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, quien en todo caso solo 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.

ARTÍCULO 25 (Ley Sobre el Contrato de Seguro).- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Solicito que la entrega de la documentación contractual se me haga: por escrito en formato electrónico . Por así convenir a mis intereses, externo mi voluntad para que la compañía me entregue la documentación contractual correspondiente a este contrato de seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

Lugar y fecha

Firma del funcionario autorizado

Nombre y firma del solicitante/asegurado

IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR: HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., (HIR) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido, por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que HIR recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que HIR pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

El producto ligado a este certificado 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 www.hirsegueros.mx

Todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato se podrán consultar en nuestra página: www.hirsegueros.mx, en la sección "Condiciones Generales", en el apartado "anexo de preceptos legales y abreviaturas".

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México o al teléfono 800 SEGUHIR (800 734 8447), en horario de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas, viernes de 8:30 a 15:00 horas; al correo electrónico une@hirsegueros.com.mx o visite nuestra página de internet <http://www.hirsegueros.mx> o bien, comunicarse a CONDUSEF en Avenida de los Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México o al teléfono 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080, 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 1 de febrero de 2013 con el número CNSF-S0091-0368-2012/CONDUSEF 01880-05 y a partir del día 15 de febrero de 2024, con el número CGEN-S0091-0027-2024/CONDUSEF G-01612-002”.



Nombre o Razón Social (contratante):			
No. de póliza:	Vigencia póliza:	No. de certificado:	Vigencia del certificado:

Nombre del solicitante/Asegurado titular:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

Nombre del solicitante/Asegurado cónyuge:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

Nombre del solicitante/Asegurado hijo uno:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

Nombre del solicitante/Asegurado hijo dos:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

Nombre del solicitante/Asegurado hijo tres:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Fecha de nacimiento:	RFC:

¿Alguno de los solicitantes, desempeña o ha desempeñado en los cinco años inmediatos anteriores alguna de las siguientes funciones o cargos: Jefe de Estado o de Gobierno, Líder político, Funcionario Gubernamental, Judicial o Militar de alta jerarquía, Alto Ejecutivos de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos? No Sí
 ¿Quién? _____ Especifique _____
 ¿Alguno de los solicitantes es cónyuge, concubina, concubinario o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona de las mencionadas en el párrafo anterior? Sí No
 ¿Quién? _____ Especifique _____

Coberturas asegurado titular	Suma asegurada o regla para determinarla	Prima

Coberturas asegurado cónyuge	Suma asegurada o regla para determinarla	Prima

Coberturas asegurados hijos	Suma asegurada o regla para determinarla	Prima

Monto de aportación adicional: _____
 Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Otro _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

	Nombre beneficiario	Parentesco	Fecha de nacimiento	Domicilio	% participación
Asegurado titular					
Cónyuge					
Hijo uno					
Hijo dos					
Hijo tres					

OBSERVACIONES

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, quien en todo caso solo 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.

ARTÍCULO 25 (Ley Sobre el Contrato de Seguro).- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Solicito que la entrega de la documentación contractual se me haga: por escrito en formato electrónico . Por así convenir a mis intereses, externo mi voluntad para que la compañía me entregue la documentación contractual correspondiente a este contrato de seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

Lugar y fecha

Firma del funcionario autorizado

Nombre y firma del solicitante/asegurado

IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR: HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., (HIR) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido, por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que HIR recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que HIR pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

El producto ligado a este certificado 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 www.hirsegueros.mx

Todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato se podrán consultar en nuestra página: www.hirsegueros.mx, en la sección "Condiciones Generales", en el apartado "anexo de preceptos legales y abreviaturas".

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México o al teléfono 800 SEGUHIR (800 734 8447), en horario de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas, viernes de 8:30 a 15:00 horas; al correo electrónico une@hirsegueros.com.mx o visite nuestra página de internet <http://www.hirsegueros.mx> o bien, comunicarse a CONDUSEF en Avenida de los Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México o al teléfono 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080, 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 1 de febrero de 2013 con el número CNSF-S0091-0368-2012/CONDUSEF 01880-05 y a partir del día 15 de febrero de 2024, con el número CGEN-S0091-0027-2024/CONDUSEF G-01612-002”.

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO TITULAR

CUESTIONARIO

NOTA IMPORTANTE: El siguiente cuestionario solamente aplicará para que el asegurado titular se dé de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado.

Estatura _____ cms Peso _____ kgs

¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí No (en caso afirmativo contestar el cuestionario de actividades peligrosas)

Indique si ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades: Marque con una "X"

Hipertensión arterial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiovasculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hernias discales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cancerosas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha dado positivo al test de anticuerpos de SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

APARTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS: En caso de que en el apartado anterior existan respuestas afirmativas, favor de completar lo siguiente:

Enfermedad	Fecha de inicio	Duración	Indicar: Situación actual, tratamiento y/o secuelas de la enfermedad

Artículo 17.- Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo o colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo o colectividad deberá presentar su solicitud a la aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes del grupo o colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.