



Datos del contratante

Nombre o Razón Social: _____
RFC: _____ Giro: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio de contratante

Calle: _____ N° Interior: _____ N° Exterior: _____ Colonia: _____
Alcaldía/Municipio: _____ Ciudad o Estado: _____ C.P. _____ Teléfono particular: _____

Definición del grupo asegurable

Características especiales del grupo o circunstancias determinantes de su giro o actividad

Relación con el contratante: _____
Prestación laboral: _____ Plazo del seguro: _____
Tipo de seguro: _____ Tipo de administración: _____

No. subgrupo	Definición de subgrupo	No. de solicitantes	Coberturas	% participación en la prima
			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	

Coberturas	Suma asegurada o regla para determinarla
A. Fallecimiento	
B. Muerte accidental	
C. Muerte accidental colectiva	
D. Pago invalidez total: Por accidente y/o Enfermedad <input type="checkbox"/> Por accidente <input type="checkbox"/> *Elegir solo una opción	
E. Pérdidas orgánicas A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	
F. Pérdidas orgánicas colectiva A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	
G. Gastos funerarios: Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/>	
Exención pago de primas por invalidez: Termina vigencia <input type="checkbox"/> Vitalicia <input type="checkbox"/>	
Otra: _____	

El contratante deberá anexar lo siguiente:

- a. Relación de solicitantes, misma que contendrá número de subgrupo, definición de subgrupo, número de folio, nombre del solicitante, fecha de nacimiento, edad, sexo, coberturas, regla de suma asegurada.
- b. Consentimientos de los solicitantes.

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: _____

Observaciones:

Lugar y fecha

Nombre y firma del representante legal

Clave agente

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 www.hirsegueros.mx

“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”

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía. Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México o al teléfono 800 SEGUHIR (800 734 8447), en horario de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 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>

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.

“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 20 de mayo del 2025, con el número CNSF-S0091-0247-2024/CONDUSEF 006333-02”.

