



**Datos del contratante**

Nombre o Razón Social:   
RFC:  Giro:  Nacionalidad:

**Domicilio del contratante**

Calle:  No. interior:  No. exterior:  Colonia:   
Alcaldía/Municipio:  Ciudad y Estado:  Código Postal:  Tel. particular:

Definición del grupo asegurable	Características especiales del grupo o circunstancias determinantes de su giro y actividad
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación con el contratante	Tipo de seguro	Plazo de seguro	Tipo de administración
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Coberturas	Suma asegurada o regla para determinar la suma asegurada	Coberturas	Suma asegurada o regla para determinar la suma asegurada
A. Fallecimiento total y/o invalidez permanente	<input type="text"/>	B. Pérdidas orgánicas A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C. Otra	<input type="text"/>	D. Otra	<input type="text"/>

**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 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](http://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 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@hirseguros.com.mx](mailto:une@hirseguros.com.mx) o visite nuestra página de internet <http://www.hirseguros.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](mailto: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 Seguros recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles asimismo manifiesto mi conformidad para que HIR Seguros 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 17 de abril de 2026, con el número CNSF-S0091-0254-2025/CONDUSEF 007196-02.**

