



Datos del contratante

Nombre o Razón Social (Contratante): _____ RFC: _____
Giro del contratante: _____ Fecha de inicio de operaciones: _____ Nacionalidad: _____
No. de póliza: _____ Vigencia de póliza: _____ No. de certificado: _____ Vigencia del certificado: _____

Datos del asegurado

Nombre del asegurado: _____
RFC: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No. de empleado: _____

Datos adicionales

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 regala para determinar la suma asegurada	Prima

Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Otro _____
Formas opcionales de liquidación: Pago único Fideicomisos

Designación de beneficiarios

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Domicilio	% de 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 sólo 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.

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:

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.

Fecha: _____ Firma del funcionario autorizado: _____ Nombre y firma del solicitante: _____

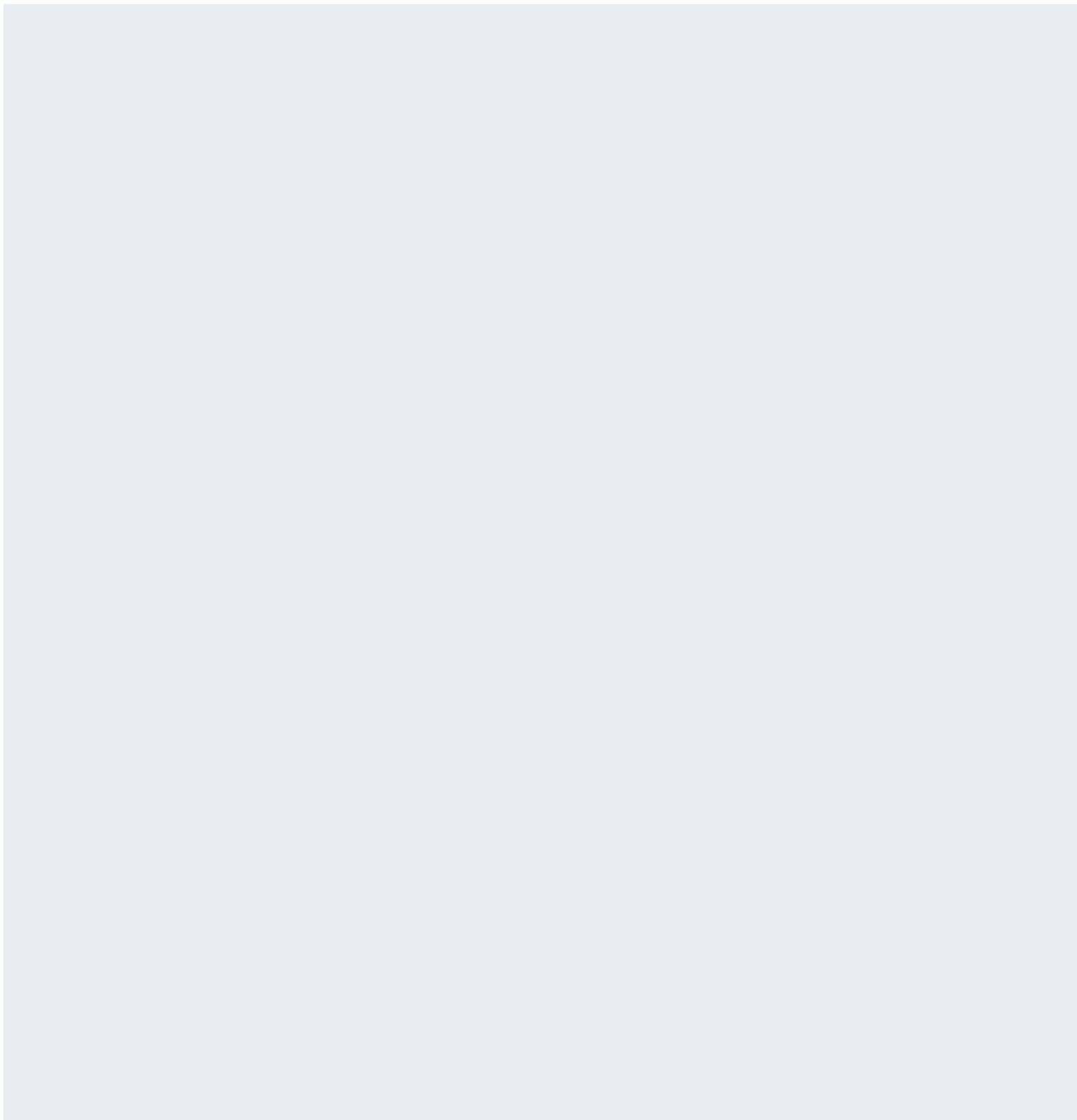
El producto ligado a este certificado, cuenta con exclusiones y limitaciones, las cuales pueden consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentra a su disposición en nuestra página www.hirsegueros.mx

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".

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.

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 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 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 20 de abril del 2026, con el número CNSF-S0091-0124-2025/CONDUSEF 007036-04.





HIR Compañía de Seguros
Hermes 28, col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
Tels.: (55) 5262 1780 / 800 (SEGUHIR) 7348 447
www.hirsegueros.mx

CLÁUSULAS

1. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco (5) años tratándose de coberturas que cubran el riesgo de fallecimiento y en dos (2) años para los demás casos. En todos los casos los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía (UNE).

2. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban realizar al contratante, asegurados o beneficiarios se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía, notificaciones que surtirán plenamente todos sus efectos.

3. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Descripción de coberturas.

◦ COBERTURA BÁSICA

• Fallecimiento

Si durante la vigencia del certificado individual, ocurre el

fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada vigente en la fecha en que haya ocurrido el fallecimiento. La suma asegurada se determinará conforme a la regla de suma asegurada establecida al momento de la contratación del seguro, misma que se define en el certificado individual.

Una vez indemnizada la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento cesará la obligación de la compañía ante el asegurado y/o sus beneficiarios.

◦ COBERTURAS ADICIONALES

Lo especificado en estas coberturas aplicará sólo si éstas son contratadas y así aparecen en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

• Gastos funerarios

Esta cobertura operará para el asegurado titular y/o familiar siempre que se indique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

El objetivo de esta cobertura es indemnizar a los beneficiarios designados para cubrir los gastos erogados por motivo del fallecimiento del asegurado, según sea el caso. La indemnización servirá para cubrir los gastos por traslado del cuerpo, cremación, embalsamamiento, arreglo estético u otros gastos semejantes que ayudaran a solventar económicamente este acontecimiento.

Beneficio

Si durante la vigencia de esta cobertura, ocurre el fallecimiento del asegurado según sea el caso, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada con la finalidad de cubrir los gastos funerarios derivados del fallecimiento del asegurado. La suma asegurada se determinará conforme a la regla de suma asegurada establecida al momento de la contratación del seguro, misma que se define en el certificado individual.

La suma asegurada máxima de contratación para esta cobertura será de sesenta (60) veces la Unidad de Medida de actualización Mensual (UMA)

La indemnización de esta cobertura es adicional a la que corresponda por la cobertura básica y de cualquier otra cobertura adicional.

• Coberturas de Accidente

◦ Muerte Accidental

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado fallece a consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre y

cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

◦ **Pérdidas Orgánicas por Accidente**

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

La Compañía pagará la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente.

◦ **Muerte Accidental Colectiva**

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un Accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Accidente Colectivo lo siguiente:

- a. El accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o

b. El Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o

- c. El Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se haya encontrado el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

◦ **Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo**

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

La Compañía pagará la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un Accidente Colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Accidente Colectivo lo siguiente:

- a. El Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o

b. El Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marmá, construcción, grutas o similares; o

- c. El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se haya encontrado el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

• **Coberturas de Invalidez y/o incapacidad**

- **Pago de Suma Asegurada por invalidez o incapacidad total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad.**

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

La Compañía pagará el monto de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado se invalida o incapacita total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará a partir de que se haya dictaminado la invalidez o incapacidad total y permanente. Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

- **Exención temporal de pago de primas**

Esta cobertura operará para el asegurado titular siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Si durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se invalida o incapacita total y permanentemente a causa de un accidente y/o enfermedad, la compañía mantendrá vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de fallecimiento por el periodo de tiempo que le falte para concluir el plazo que se estipula en el certificado.

La suma asegurada de la cobertura básica de fallecimiento que será considerada para este beneficio, será la que se encuentre vigente al momento en que se haya dictaminado la invalidez o incapacidad.

- **Exención vitalicia de pago de primas**

Esta cobertura operará para el asegurado titular, siempre que sea contratada y se especifique en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Si durante la vigencia de esta cobertura, el asegurado se invalida o incapacita total y permanentemente a causa de un accidente y/o enfermedad, la compañía le otorgará una póliza individual que mantendrá vigente la cobertura básica

de fallecimiento de por vida, sin coberturas adicionales y sin más pago de primas, donde la suma asegurada corresponderá a la que tenía vigente al momento de ser dictaminada la invalidez.

Con el otorgamiento de la póliza individual, el asegurado será dado de baja de la póliza del grupo asegurado y no existirá obligación alguna de la compañía para el asegurado o sus beneficiarios en la póliza de vida grupo en la que se encontraba asegurado.

Sí al momento de la baja del grupo, el asegurado tuviere contratadas coberturas adicionales, la compañía devolverá la prima no devengada de cada cobertura, calculada a la fecha de la baja, descontando de la prima, los gastos ocasionados por la adquisición del contrato y la devolución se realizará dentro de los treinta días (30) naturales posteriores a la fecha de la baja del asegurado conforme a lo que indique el contratante; en caso de que éste no indique la forma en que sean devueltas las primas, la compañía pondrá a su disposición un cheque nominativo a su favor por la cantidad que corresponda.

- **Cobertura de Últimos Gastos**

Esta cobertura operará sólo si el Asegurado o el beneficiario hacen uso de ésta.

Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía proporciona el anticipo de un porcentaje de la suma asegurada contratada por fallecimiento.

El porcentaje máximo del anticipo será del 50% y éste se aplicará a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento. Este beneficio se otorga para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del asegurado, o si el asegurado durante la vigencia del certificado llegará a padecer alguna enfermedad grave o terminal. El porcentaje de anticipo para obtener la suma asegurada de esta cobertura, está definido en la póliza y el certificado individual correspondiente. En todos los casos se debe fundamentar la reclamación por el médico tratante o especialista en la materia.

Así mismo, este anticipo se paga una vez que el Asegurado demuestre a la Compañía, que padece una enfermedad grave o terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 meses. Entre las pruebas a presentar se incluye un dictamen médico del IMSS, ISSSTE o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía, para el caso de que la Compañía determine la improcedencia de un dictamen, éste deberá venir respaldado por un médico especialista en la materia.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta póliza de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 800-SEGUHIR (800-734-8447), en horarios de lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas; al correo electrónico "une@hirseguros.com.mx", o visite nuestra página de internet <http://www.hirseguros.mx>; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 80 80; 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 Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de abril de 2026, con el número CNSF-S0091-0124-2025/CONDUSEF 007036-04