



**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: \_\_\_\_\_

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"/><br>F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |                             |
|              |                        |                     | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |                             |
|              |                        |                     | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |                             |
|              |                        |                     | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |                             |

| Coberturas                                                                                       | Suma asegurada o regla para determinarla |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| A. Fallecimiento                                                                                 |                                          |
| B. Pago de suma asegurada por invalidez o incapacidad total y permanente                         |                                          |
| C. Exención temporal de pago de primas                                                           |                                          |
| D. Exención vitalicia de pago de primas                                                          |                                          |
| E. Muerte accidental                                                                             |                                          |
| F. Muerte accidental colectiva                                                                   |                                          |
| G. Pérdidas orgánicas A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>                      |                                          |
| I. Pérdidas orgánicas por evento colectivo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> |                                          |
| J. Gastos funerarios: Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>      |                                          |
| Otra: _____                                                                                      |                                          |

Frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  Otro  \_\_\_\_\_

Formas opcionales de liquidación: Pago único  Fideicomisos

El contratante deberá anexar lo siguiente:

- a. Relación de solicitantes, misma que contendrá número de subgrupo, definición de subgrupo, número de folio, nombre de los solicitantes, fecha de nacimiento, edad, sexo, coberturas, regla de suma asegurada y consentimientos/certificados de los asegurados.

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](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 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](mailto: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](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 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 7 de abril de 2025, con el número CNSF-S0091-0124-2025/CONDUSEF”.**