



AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO: HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., en lo sucesivo "HIR Seguros", en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, pone a su disposición el Aviso de Privacidad a que se refiere la mencionada ley, el cual también se encuentra en nuestras oficinas ubicadas en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México, en anterior, consiente que sus datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, en caso de que estos últimos se recaben, sean tratados conforme a los términos y condiciones de dicho aviso de privacidad.

TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES SECUNDARIAS: La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será tratada para finalidades secundarias.

TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES: La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros. En caso de realizarse alguna transferencia que requiere su consentimiento expreso, se le solicitará.

INSTRUCCIONES:

- Este formato debe llenarse con letra molde o computadora.
- No dejar preguntas sin contestar.
- No será válido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.

Fecha de solicitud:

Marque el trámite solicitado

Pago de suma asegurada total Rescate parcial Rescate de aportaciones voluntarias \$

Datos generales del asegurado

Nombre:
Apellido paterno - Apellido Materno - Nombre(s)

RFC: CURP:

Fecha de nacimiento: Edo. Civil: Soltero Casado Otro Sexo: Masculino Femenino

Domicilio:
Calle, No., Col. o Pobl., Alc. o Mpio., C.P., Estado.

Nacionalidad:

Profesión u Ocupación actual: Centro de trabajo:

Tel. casa: Tel. oficina: Celular: ¿Zona fronteriza? Sí No

Email personal: Email laboral:

Identificación y conocimiento del cliente

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de Estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto: Parentesco o vínculo:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No Especifique:

¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: Parentesco o vínculo:

¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí No Nombre y porcentaje de participación:

Identificación del asegurado

Credencial para votar Credencial INAPAM Certificado de Matrícula Consular SRE

Pasaporte SRE Cédula Profesional SEP Forma Migratoria (FM2) No. de identificación

Forma Migratoria No Inmigrante (FM3)

Credencial del Inmigrado - INM

¿Es usted contribuyente de impuestos en EUA? Sí No Número de Seguridad Social (NSS)

(Requisitar para contribuyentes de impuestos en EUA)

Modo de pago

Autorizo a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., realice el pago a través de:

Transferencia bancaria Cheque Producto de Inversión y ahorro (Favor de llenar la solicitud correspondiente)

Dependiendo de la forma de pago elegido a partir del momento en que se reciba el pago, depósito en cuenta o se aplique en otro producto de inversión o ahorro indicado, se otorga a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en el derecho proceda.

Datos para transferencia bancaria

No. de cuenta: _____

No. de cuenta CLABE: _____

Institución bancaria: _____

Yo _____ confirmo a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., que el estado de cuenta bancario que presento es original y que el número de cuenta y CLABE bancaria que aparecen en el mismo están vigentes y a mi nombre, por lo que en caso de proporcionar datos falsos, erróneos o a favor de un tercero, libero de toda responsabilidad a HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., por el depósito de la cantidad solicitada como pago de Suma Asegurada total, rescate parcial y/o Rescate de aportaciones voluntarias.

Lista de documentos mínimos requeridos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Pago de Seguro de Ahorro Voluntario | <input type="checkbox"/> Copia de comprobante de domicilio <i>(no mayor a 3 meses de antigüedad)</i> |
| <input type="checkbox"/> Original y copia de la identificación oficial vigente | <input type="checkbox"/> Último talón de pago con descuento |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta <i>(Correspondiente al número de cuenta y/o a la CLABE bancaria indicados y no mayor 3 meses de antigüedad)</i> | <input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal <i>(no mayor a 3 meses de antigüedad)</i> |
| <input type="checkbox"/> Formato Único de Movimiento de Personal (F.U.M.P.) y/o Baja original de la dependencia <i>(Solamente en caso de suma asegurada total, según corresponda de acuerdo al tipo de trabajador)</i> | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Al recibir de HIR Seguros el pago por el monto que proceda de esta reclamación, de acuerdo con las condiciones de la póliza contratada, ya sea mediante transferencia electrónica, orden de pago o cheque, declaro que no me reservo ninguna acción legal ni ningún tipo pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Nombre y firma de conformidad

Lugar y fecha