



|                                     |      |      |                                             |     |
|-------------------------------------|------|------|---------------------------------------------|-----|
| Nombre o Razón Social (Contratante) |      |      | Fecha de alta del certificado (solicitante) |     |
| BIENES PROGRAMADOS S.A. DE C.V.     |      |      |                                             |     |
| Nombre del Solicitante (Asegurado)  | Sexo | Edad | Fecha de nacimiento                         | RFC |
|                                     |      |      |                                             |     |

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 ☐ Si ☐ Especifique \_\_\_\_\_

Es usted conyuge, concubina, concubinario o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona de las mencionadas en el párrafo anterior? Si ☐ No ☐ Especifique \_\_\_\_\_

**COBERTURAS CONTRATADAS:** Las coberturas contratadas y el monto de suma asegurada se definen en el contrato del financiamiento.

**BENEFICIARIO PREFERENTE:** BIENES PROGRAMADOS S.A. DE C.V.

**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.

**CUESTIONARIO**

**NOTA IMPORTANTE:** El siguiente cuestionario solamente aplicará para el asegurado que se de de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado.

Estatura \_\_\_\_\_ cms      Peso \_\_\_\_\_ kgs      ¿Ha variado su peso en los últimos doce meses? Sí ☐ No ☐

¿La variación de su peso fue en aumento o disminución? Aumento ☐ Disminución ☐ Kilogramos: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Indique si ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades: Marque con una "X":

- |                                                                                     |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?                                           | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha consultado al médico en los dos últimos años?                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene pendiente o se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?           | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Padece de enfermedades del corazón, presión arterial alta o infarto al corazón? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Padece diabetes?                                                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido detectado como positivo de SIDA?                                        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está actualmente en tratamiento médico?                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Padece o padecido de cáncer o tumores?                                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Artritis?                                                                       | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Hernias discales?                                                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Otra enfermedad?                                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de los médicos, clínicas y hospitales que lo atendieron por sus padecimientos.

|  |
|--|
|  |
|--|

**APARTADO RESPUESTAS AFIRMATIVAS:** En caso de que en el apartado anterior existan respuestas afirmativas, favor de completar lo siguiente:

| Pregunta No. | Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos | Fecha en que las sufrió o se las practicaron | Duración | Condiciones físicas actuales (sano o en tratamiento) |
|--------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|
|              |                                                               |                                              |          |                                                      |
|              |                                                               |                                              |          |                                                      |
|              |                                                               |                                              |          |                                                      |
|              |                                                               |                                              |          |                                                      |

**OCUPACIÓN, DEPORTES Y AFICIONES**

Ocupación preponderante: \_\_\_\_\_ Empleado ☐ Independiente ☐ Breve descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad o deporte de alto riesgo? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo informar a grandes rasgos sobre la actividad o deporte que practica: \_\_\_\_\_

¿Participa en competencias? Sí ☐ No ☐ Amateur ☐ Profesional ☐ Frecuencia: Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra: \_\_\_\_\_

¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí ☐ No ☐ Clase: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Fuma? Sí ☐ No ☐ Clase: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

En caso de que haya dejado de fumar, especifique causa y fecha: \_\_\_\_\_

¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? Sí ☐ No ☐ Número de horas anuales en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

\*En caso afirmativo de la pregunta anterior, solicitar el cuestionario respectivo

**OTROS SEGUROS**

¿Tiene contratadas otras pólizas de vida? Si ☐ No ☐ ¿En que aseguradora? \_\_\_\_\_

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

**IMPORTANTE:** LEER ANTES DE FIRMAR HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V., (HIR) me ha puesto a la vista el Aviso dePrivacidad 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.

Todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, se podrán consultar en nuestra página: [www.hirseguros.mx](http://www.hirseguros.mx), en la sección "Condiciones Generales", en el apartado "anexo de preceptos legales y abreviaturas".

**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 24 de mayo de 2011, con el número CNSF-S0091-1120-2010 y a partir del 15 de febrero de 2024 con el número CGEN-S0091-0027-2024/CONDUSEF 00558-03.**