

|                                                                                        |                                              |                     |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|
| Nombre o Razón Social (contratante): COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA |                                              |                     |                                                       |
| No. de póliza:<br>26104000516                                                          | Vigencia póliza:<br>16/02/2026 al 31/12/2026 | No. de certificado: | Vigencia del certificado:<br>16/02/2026 al 31/12/2026 |

|                                           |                      |      |
|-------------------------------------------|----------------------|------|
| Nombre del solicitante/Asegurado titular: |                      |      |
| Sexo:                                     | 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 ☐ Sí ☐ Especifique \_\_\_\_\_

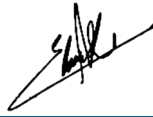
¿Es usted cónyuge, concubina, concubinario o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con alguna persona de las mencionadas en el párrafo anterior? Sí ☐ No ☐ Especifique \_\_\_\_\_

| Coberturas                                     | Suma asegurada o regla para determinarla |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Fallecimiento                                  | 43 MESES SUELDO BASE                     |
| Indemnización Por Invalidez Total Y Permanente | 43 MESES SUELDO BASE                     |
|                                                |                                          |
|                                                |                                          |

| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR |            |                     |           |                 |
|----------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------|-----------------|
| Nombre beneficiario                                | Parentesco | Fecha de nacimiento | Domicilio | % 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 solo 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.

**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.



México a 16 de Febrero del 2026

Lugar y fecha

Firma del funcionario autorizado

Nombre y firma del  
solicitante/asegurado

**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.

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.hirseguros.mx](http://www.hirseguros.mx)

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".

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>

**“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 1 de febrero de 2013 con el número CNSF-S0091-0368-2012 y a partir del día 15 de febrero de 2024 con el número CGEN-S0091-0027-2024.”**