

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER REQUISITADA CON LETRA DE MOLDE DE PUÑO Y LETRA DEL SOLICITANTE, ACOMPAÑADA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, MISMA TINTA Y NO DEBE PRESENTAR RALLADURAS O ENMENDADURAS

Fecha de inicio de vigencia Día Mes Año / /	Trámite a realizar Póliza inicial <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> No. Póliza _____ Detalle: _____
---	--

Datos del contratante (En caso de PreviBeca el solicitante y el contratante deberá ser la misma persona física)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento / /
Lugar de nacimiento (Población, municipio, estado)		R.F.C. o CURP	Nacionalidad
Estado civil	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle, No. exterior e interior)	
Colonia		C.P.	Delegación o municipio
Ciudad o población	Entidad federativa	Correo electrónico	Profesión u ocupación
Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja		Antigüedad en el empleo actual	
Lugar físico de desempeño de labores	Detalle actividad o giro del negocio		Ingresos mensuales
Descripción de labores			
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Relación con la persona por asegurar	

Firma del contratante

Datos del contratante (persona moral)

Nombre del representante legal			
Razón social		Detalle actividad o giro del negocio	
Fecha de constitución (dd/mm/aa)		Domicilio (Calle, No. exterior e interior)	
Colonia		C.P.	Delegación o municipio
Ciudad o población	Entidad federativa	R.F.C.	Firma electrónica avanzada
Correo electrónico	Tel. oficina con lada	Relación con la persona por asegurar	

Datos del solicitante (persona física solo en caso de ser diferente del solicitante)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento / /
Lugar de nacimiento (Población, municipio, estado)		R.F.C. o CURP	Nacionalidad
Estado civil	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle, No. exterior e interior)	
Colonia		C.P.	Delegación o municipio

Ciudad o población	Entidad federativa	Correo electrónico	Profesión u ocupación
Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja		Antigüedad en el empleo actual	
Lugar físico de desempeño de labores	Detalle actividad o giro del negocio	Ingresos mensuales	
Descripción de labores			
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Relación con la persona por asegurar	

Datos del solicitante mancomunado o cobeneficiario (excepto para los planes de edad alcanzada y Prever Vivir)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento / /
Lugar de nacimiento (Población, municipio, estado)		R.F.C. o CURP	Nacionalidad
Estado civil	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle, No. exterior e interior)	
Colonia		C.P.	Delegación o municipio
Ciudad o población	Entidad federativa	Correo electrónico	Profesión u ocupación
Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja		Antigüedad en el empleo actual	
Lugar físico de desempeño de labores	Detalle actividad o giro del negocio	Ingresos mensuales	
Descripción de labores			
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Relación con el contratante y/o solicitante	

Datos del menor por asegurar (Exclusivo PreviBeca)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento / /
Lugar de nacimiento (Población, municipio, estado)		CURP	Nacionalidad
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle, No. exterior e interior)		
Colonia		C.P.	Delegación o municipio
Ciudad o Población	Entidad federativa	Relación con el contratante y/o solicitante	
Tel. particular con lada ()			

Firma del contratante

Nombre del plan solicitado (elige un solo plan)

Líneas disponibles	Modalidad Plazo	Suma asegurada	Moneda	² Incremento sobre suma asegurada
PreviBeca (dotal de menores) <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/>	³ Inflación <input type="checkbox"/>
Maxipro (temporales) <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/>	Alcanzada <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> _____ % Inflación <input type="checkbox"/>
Maxisumas (temporal 20) <input type="checkbox"/>	20 años		Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Alcanzada <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> _____ % Inflación <input type="checkbox"/>
Prever (dotales) <input type="checkbox"/>			Dólares <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/>	_____
Prever (ordinarios de vida) <input type="checkbox"/>	Vitalicio		Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/>	Alcanzada <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> _____ % Inflación <input type="checkbox"/>
Prever (vida pagos limitados) <input type="checkbox"/>			Dólares <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/>	_____
Recupera <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	_____
¹ Prever vivir (dotales retiro) <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Alcanzada <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> _____ % Inflación <input type="checkbox"/>

¹ Modalidad: Art. 185 ó Art. 151 o No decucible. ² No aplica para moneda: UDI. ³ Aplica para moneda: Pesos

Beneficios adicionales (exclusivos PreviBeca)

Beneficios	Suma asegurada
BEPIM (obligatorio) <input checked="" type="checkbox"/>	
BEMPA <input type="checkbox"/>	
BEPI <input type="checkbox"/>	
BIPA <input type="checkbox"/>	

Beneficios adicionales (excepto PreviBeca Dólares)

Beneficios	Suma asegurada
BIPA <input type="checkbox"/>	
BIT <input type="checkbox"/>	
⁴ DI 1 <input type="checkbox"/>	
⁴ DI 2 <input type="checkbox"/>	
⁴ DI 3 <input type="checkbox"/>	

Dotales a corto plazo

Monto de la inversión
\$ _____

⁵ Indique con que periodicidad
M T S A

¿Por cuántos años desea realizar la inversión?
_____ años

⁵ M=Mensual T=Trimestral S=Semestral A=Anual

Descripción de beneficiarios PreviBeca

BEPIM :Exención de pago de primas sobre la cobertura básica por invalidez total y permanente o muerte del contratante.
BEMPA :Pago de la suma asegurada por fallecimiento del contratante.
BEPI :Exención de pago de primas sobre la cobertura "BEMPA" por invalidez total y permanente del contratante.
BIPA :Pago adicional de la suma asegurada por invalidez total y permanente del contratante.

Descripción de beneficiarios excepto PreviBeca

BIT : Exención de pago de primas por invalidez total y permanente.
BIPA : Pago adicional de la suma asegurada por invalidez total y permanente.
DI 1 : Indemnización por muerte accidental.
DI 2 : Indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros.
DI 3 : Indemnización por muerte accidental y pérdida de miembros, y doble Indemnización por muerte accidental y pérdida de miembros colectivo.
⁴ Sólo se podrá contratar una de las tres coberturas

Formas de pago:	Conductos de pago:
Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>	Cargo a tarjeta de crédito o débito <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/>
Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Pago referenciado <input type="checkbox"/>

Firma del contratante

Designación de beneficiarios

Advertencia: Para efecto de la designación de beneficiarios y con el objeto de nombrar en forma precisa a cada uno de ellos, al requisitar la presente solicitud deberán observar las siguientes advertencias: en caso que deseen nombrar beneficiario a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

Beneficiarios del solicitante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

Beneficiarios del mancomunado

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

Beneficiarios del menor

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

Otros seguros contratados en forma voluntaria

	Solicitante	Mancomunado	Menor
¿Actualmente se encuentra asegurado en otra compañía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Compañía	_____	_____	_____
Suma asegurada	_____	_____	_____
¿Esta solicitando o ha solicitado otro seguro de vida?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo indicar compañía a la cual solicita	_____	_____	_____
Moneda _____ Suma asegurada \$ _____			

Firma del contratante

Historial Médico Familiar

Sus ascendientes o descendientes directos ¿padecen o han padecido alguno de los siguientes padecimientos?

Indique si en su familia ha habido los siguientes casos	Diabetes		Cáncer		Enfermedades mentales		Del corazón		Epilepsia		Presión arterial alta o baja		Otras importantes		En caso afirmativo detalle la enfermedad e indique de que persona por asegurar son los ascendientes o descendientes:
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Solicitante															
Mancomunado															

Cuestionario médico: Aplica a la persona por asegurar, persona mancomunada, (cobeneficiario, retiros), menores por asegurar. (Favor de no dejar preguntas sin contestar o en blanco)	Solicitante	Mancomunado	Menor
A) Indique peso y estatura Peso Estatura	_____ kgs. _____ mts.	_____ kgs. _____ mts.	_____ kgs. _____ mts.
B) ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos dos años? En caso afirmativo indique: 1.- He disminuido 2.- He amumentado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ kgs. _____ kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ kgs. _____ kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ kgs. _____ kgs.
C) ¿Padece o ha padecido de enfermedades?			
1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.- ¿Está o ha estado en tratamiento médico, terapia o rehabilitación? (omitir gripas, resfriados y amigdalitis)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha practicado pruebas o le han diagnosticado VIH y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.- ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.- ¿Le falta algún miembro, parte de él o tiene alguna deformidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.- ¿Recientemente le han practicado electrocardiogramas, pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética, otros?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.- ¿Del corazón y circulación? (soplo, dolor de pecho o de torax, infarto al miocardio, presión arterial alta o baja, u otras?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.- ¿Del aparato respiratorio?(bronquitis crónica, enfermedades de los pulmones, asma, tuberculosis, enfisema, u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9.- ¿Del aparato digestivo? (úlceras en estómago o duodeno, colon, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, intestino delgado, intestino grueso, u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Firma del contratante

	Solicitante	Mancomunado	Menor
10.- ¿Del aparato genitourinario? (riñones, próstata, vejiga, enfermedades venereas u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11.- ¿Del aparato endócrino? (diabetes, tiroides, u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12.- ¿Del sistema nervioso? (pérdida del conocimiento o convulsiones, parálisis, epilepsia, trastornos nerviosos o mentales, u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13.- ¿Del aparato músculo esquelético? (columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas o hernias de cualquier otro tipo, u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.- ¿Cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15.- ¿Enfermedades autoinmunes? (Lupus eritematoso, Sjögren u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16.- ¿Cualquier otra que se haya manifestado por más de ocho días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17.- ¿Tiene alguna enfermedad o defecto en ojos u oídos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18.- ¿Durante los últimos 3 años ha requerido de atención médica, tratamiento médico, cirugía o ha estado hospitalizado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
D) Solicitantes mujeres mayores de 15 años			
1.- Padece o ha padecido enfermedades de:			
1.1.- ¿Los ovarios?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1.2.- ¿Glándulas mamarias?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1.3.- ¿De la matriz?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1.4.- ¿Papiloma humano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.- ¿En el último año ha acudido a valoración ginecológica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.- ¿Está o ha estado embarazada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha presentado complicaciones en su embarazo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Firma del contratante

En cualquier respuesta afirmativa dar amplios detalles sobre: la(s) persona(s) por asegurar a la que se refiere, fechas, resultados de laboratorios y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc., en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma al calce de la persona por asegurar.

Persona por asegurar	No. de pregunta	Detalles	Fecha de inicio	Estado actual

Persona por asegurar	No. de pregunta	Detalles	Fecha de inicio	Estado actual

Hábitos

	6 Persona por Asegurar			Clase	Frecuencia D=Diaria S=Semanal M=Mensual E=Eventual	¿Desde cuándo practica este hábito? Indique mm/aaa	¿Ha dejado este hábito?		¿Cuándo lo dejó? Indique el año
		Si	No				Si	No	
1. ¿Fuma?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Usa o ha usado drogas psicotrópicas? (marihuana, cocaína, heroína, morfina, anfetaminas, barbitúricos, u otras)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del contratante

	6 Persona por Asegurar			Detalle (fechas, resultados de laboratorio, nombre y domicilio del médico tratante)	Fecha de inicio	Estatus actual
		Si	No			
4. ¿Ha recibido tratamiento en relación al uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. ¿Ha padecido alguna enfermedad o accidente relacionada con el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

⁶ Persona por asegurar 1= Solicitante 2= Mancomunado

Aviación y Deportes

¿Hace uso de aviones?	Indique de quien se trata 1=Solicitante 2=Mancomunado	¿En qué tipo de aeronaves se transporta o hace uso?	¿En calidad de qué?	¿Con qué frecuencia? D=Diaria S=Semanal M=Mensual E=Eventual
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Militares <input type="checkbox"/> Particulares <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Piloto <input type="checkbox"/> Tripulante <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

¿Alguna de las personas por asegurar practica deportes?	Indique de quien se trata 1=Solicitante 2=Mancomunado	¿Que deportes practica?	¿En qué modalidad?	¿Con qué frecuencia? D=Diaria S=Semanal M=Mensual E=Eventual
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Profesional <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

¿Alguna de las personas por asegurar hace uso de motocicletas o vehículos similares?	Indique de quien se trata 1=Solicitante 2=Mancomunado	⁷ ¿Desea cubrir el riesgo?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

⁷ Si desea cubrir el riesgo, anexe el cuestionario correspondiente

Referencias personales del solicitante

Nombre	Domicilio	Teléfonos	Ocupación	Parentesco o relación

Firma del contratante

ATENCIÓN, INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

El contratante y las personas por asegurar están obligadas a declarar de conformidad con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de requisitar y firmar esta solicitud, pues de lo contrario, cualquier omisión, falsa e inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegare a celebrarse, independientemente y sin perjuicio que también ocasionará la pérdida de los derechos que se deriven del mismo a favor de los asegurados o beneficiarios, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Atlas, S. A., toda la información que se requiera, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra propuesta de seguro y en su caso para todo lo relacionado para el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevamos de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o Instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

Asimismo, autorizamos a las compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado propuestas de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S. A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta propuesta y de otras que sean de su conocimiento.

Acompañamos a esta solicitud y forma parte de la misma, el documento en que constan las condiciones generales del seguro propuesto el cual me fue previamente entregado por esa Institución, en los términos del Art. 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyo contenido manifiesto tener pleno conocimiento.

(EXACTITUD DE DATOS E INFORMACIÓN COMPLETA).- La información que manifestamos y proporcionamos a **SEGUROS ATLAS, S.A.** en la presente solicitud de Seguro de Vida Individual para llevar a cabo la ejecución del presente documento, declaramos que es veraz, completa, exacta y no errónea (ya sea por omisión o por cualquier razón) en el momento de esta comunicación, ya que en caso contrario seremos responsables ante **SEGUROS ATLAS, S.A.** y/o terceros de dicha información que hemos proporcionado, en virtud de que la misma se considera importante para el conocimiento y apreciación del riesgo del contrato propuesto y por tanto servirá de base para la celebración del mismo, ya que puede tal información influir en las condiciones convenidas.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

UNIDAD ESPECIALIZADA

Ponemos a su disposición la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de Seguros Atlas, S.A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, en México, D.F., con los teléfonos en México, D.F. y Area Metropolitana 9177-5220 y en el interior de la República al 01-800-846-3916 o a través del correo electrónico: segatlas@segurosatlas.com.mx en donde se atenderá cualquier consulta o reclamación relacionada con la contratación del presente producto. De igual forma nos permitimos proporcionarle el domicilio de la Comisión Nación y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, P.B. Col. Del Valle, México, D.F. C.P. 03100, con teléfonos (55) 5340-0999 y 01-800-999-8080, correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx, web: www.condusef.gob.mx

DECLARACIÓN

Hago constar que me he enterado debidamente de los alcances y limitaciones del producto que se solicita y estoy de acuerdo con sus condiciones generales, las cuales fueron a disposición en la página web de Seguros Atlas, S.A. www.segurosatlas.com.mx

Firma del contratante

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

AVISO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN

Con la forma de la presente solicitud se autoriza a Seguros Atlas, S.A. la entrega de documentación contractual a los solicitantes, contratantes o asegurados en formato PDF (portable document format) a través del correo electrónico indicado en la presente solicitud o a través de los medios digitales empleados por Seguros Atlas, S.A.

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma de mancomunado

Nombre y firma del menor
Solo en caso de tener 12 años
o más de edad

Lugar y fecha

“ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD”

Observaciones:

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA PARA SER REQUISITADOS POR EL AGENTE

- 1.- ¿Cuánto tiempo hace que conoce a las personas por asegurar y/o solicitante? _____
- 2.- Si lo conoce recientemente, indique ¿quién se lo refirió? _____
- 3.- ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como su moralidad y reputación? Si No
- 4.- ¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? Si No
- 5.- Le consta que las personas por asegurar llenaron y firmaron de su puño y letra esta propuesta en su presencia Si No
- 6.- Hacemos de su conocimiento lo dispuesto por el Art. 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:
Se impondrá pena de prisión de uno a doce años y multa de 500 a 5,000 días de salario a:
I.- Las personas que con el propósito de obtener la expedición de una póliza de seguro de caución o una póliza de fianza, para sí o para otra persona, proporcionen a una institución datos falsos sobre el monto de activos o pasivos de una entidad o persona física o moral, si como consecuencia de ello resulta quebranto o perjuicio patrimonial para la institución;
II.- Los agentes de seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a una institución de Seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro;
III.- Las personas que para obtener la expedición de una póliza de fianza presenten avalúos que no correspondan a la realidad, de manera que el valor real de los bienes que ofrece en garantía sea inferior al importe de la fianza, y
IV.- Las personas que falsifiquen pólizas o certificados de seguros, o pólizas de fianzas así como a las personas que las ofrezcan o actúen como intermediarios.
En los casos previstos en este artículo se procederá a petición de la parte agraviada.
- 7.- Declaramos que la información y documentación referente a las políticas de identificación del cliente (Art. 494 de la Ley de Instituciones de seguros y de Fianzas) ha sido cotejada y completada de acuerdo a los lineamientos de Seguros Atlas, S.A.

Firma del contratante

Cve. agente	Nombre completo	Cve. promotora	Participación	Firma

Estimado contratante; en cumplimiento a lo establecido en el artículo 5° del reglamento de agentes de seguros y de fianzas en vigor, me permito informar a usted lo siguiente:

Nombre completo del suscrito agente	Tipo de autorización
Número de cédula y vigencia	Domicilio

Así mismo, conforme a la disposición convocada, lo hago saber:

1. Que no cuento con facultades de representación de Seguros Atlas, S.A. para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.
2. Que sólo podré cobrar primas contra recibo oficial expedido por Seguros Atlas, S.A. y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta.

3. Que deberá usted llenar el cuestionario requerido por Seguros Atlas, S.A. señalando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan.
4. Que se da por enterado de la forma adecuada del alcance de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de solicitud de seguro proporcionado por la institución aseguradora que entrego a usted en este acto

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del agente

Lugar y fecha

“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 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0021-2015.”