



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 RAYADURAS O ENMENDADURAS.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL

Datos del contratante (persona física)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) / /	
Lugar de nacimiento (población, municipio, estado, país)			R.F.C. (con homoclave)	
Serie FIEL (sólo si cuenta con ella)	CURP	Nacionalidad	Estado civil	
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (calle, no. exterior e interior)			
Colonia	C.P.	Alcaldía o municipio		
Ciudad o población	Entidad federativa	Clave de elector (opcional)	Correo electrónico (obligatorio)	
Profesión u ocupación	Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja			
Antigüedad en el empleo actual	Lugar físico de desempeño de labores (oficina, campo, taller, fábrica, etc.)			
Detalle actividad o giro del negocio			Ingresos mensuales	
Descripción de labores				
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Tel. celular ()	Fecha de inicio de vigencia (dd/mm/aa) / /	

Firma del contratante

Datos del contratante (persona moral)

Razón social			Nacionalidad	
Nombre del representante legal		Detalle actividad o giro del negocio		
Número de registro (folio mercantil)			Fecha de constitución (dd/mm/aa) / /	
Domicilio (calle, no. exterior e interior)				
Colonia	C.P.	Alcaldía o municipio	Ciudad o población	
Entidad federativa	R.F.C. (con homoclave)		Firma electrónica avanzada	
Correo electrónico (obligatorio)			Tel. oficina con lada ()	

Datos del solicitante (en caso de ser diferente del contratante)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) / /	
Lugar de nacimiento (población, municipio, estado, país)			R.F.C. (con homoclave)	
Serie FIEL (sólo si cuenta con ella)		CURP	Nacionalidad	Estado civil
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Domicilio (calle, no. exterior e interior)		
Colonia		C.P.	Alcaldía o municipio	
Ciudad o población	Entidad federativa	Clave de elector (opcional)	Correo electrónico (obligatorio)	
Profesión u ocupación		Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja		
Antigüedad en el empleo actual	Lugar físico de desempeño de labores (oficina, campo, taller, fábrica, etc.)			
Detalle actividad o giro del negocio			Ingresos mensuales	
Descripción de labores				
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Tel. celular ()	Relación con el contratante	

Firma del contratante

Datos del solicitante mancomunado

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) / /	
País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento	R.F.C. (con homoclave)	
Serie FIEL (sólo si cuenta con ella)		CURP	Nacionalidad	Estado civil
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Domicilio (calle, no. exterior e interior)		
Colonia		C.P.	Alcaldía o municipio	
Ciudad o población	Entidad federativa	Clave de elector (opcional)	Correo electrónico (obligatorio)	
Profesión u ocupación		Nombre de la empresa o dependencia para la que trabaja		
Antigüedad en el empleo actual	Lugar físico de desempeño de labores (oficina, campo, taller, fábrica, etc.)			
Detalle actividad o giro del negocio			Ingresos mensuales	

Descripción de labores			
Tel. particular con lada ()	Tel. oficina con lada ()	Tel. celular ()	Relación con el solicitante

Datos del menor por asegurar

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) / /
País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	CURP	
Nacionalidad	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Domicilio (calle, no. exterior e interior)	
Colonia	C.P.	Alcaldía o municipio	
Ciudad o población	Entidad federativa	Relación con el contratante y/o solicitante	

SECCIÓN II. ESPECIFICACIÓN DEL PLAN

Seleccione un plan de esta sección

Planes tradicionales (temporales, dotales, ordinarios de vida, vida pagos limitados)

Planes disponibles	Modalidad/ plazo	Suma asegurada	Moneda		
MaxiPro (temporales) <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>
MaxiSumas (temporal 20) <input type="checkbox"/>	20 años		Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	
Prever (dotales) <input type="checkbox"/>			Pesos <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"/>
Prever (vida pagos limitados) <input type="checkbox"/>				Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>
Prever Vivir (dotales retiro) ⁽¹⁾ Art. 93 <input type="checkbox"/> Art. 151 <input type="checkbox"/> Art. 185 <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>

Planes disponibles	Incremento sobre suma asegurada ⁽²⁾	
MaxiPro (temporales)	Aritmético <input type="checkbox"/> _____ %	Geométrico <input type="checkbox"/> _____ %
MaxiSumas (temporal 20)	Aritmético <input type="checkbox"/> _____ %	Geométrico <input type="checkbox"/> _____ %
Prever (ordinarios de vida)	Aritmético <input type="checkbox"/> _____ %	Geométrico <input type="checkbox"/> _____ %
Prever Vivir (dotales retiro) ⁽¹⁾	Aritmético <input type="checkbox"/> _____ %	Geométrico <input type="checkbox"/> _____ %

Planes educacionales (selecciona un solo plan)

Planes disponibles	Modalidad/ plazo	Suma asegurada	Moneda		
PreviBeca (dotal de menores) <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>

Planes disponibles	Incremento sobre suma asegurada ⁽²⁾
PreviBeca (dotal de menores)	Aritmético <input type="checkbox"/> _____ % Geométrico <input type="checkbox"/> _____ %

Planes flexibles (selecciona un solo plan)

Planes disponibles	Modalidad/ plazo	Suma asegurada	Moneda		
Retiro ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>
Temporales <input type="checkbox"/>			Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>

Perfil de inversión ⁽³⁾	Beneficio fiscal
	Art. 93 <input type="checkbox"/> Art. 151 ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Art. 185 ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>

Coberturas adicionales

Aplicables a planes tradicionales y flexibles	Suma asegurada	Aplicables a planes educacionales	Suma asegurada
BIT <input type="checkbox"/>		BEPIM <input checked="" type="checkbox"/>	
BIPA <input type="checkbox"/>		BEMPA <input type="checkbox"/>	
DI 1 ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/>		BEPI ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/>	
DI 2 ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/>		BIPA <input type="checkbox"/>	
DI 3 ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/>			
BIT ahorro no deducible (flexible) <input type="checkbox"/>			
BIT ahorro deducible (flexible) <input type="checkbox"/>			

Firma del contratante

Otras precisiones

**Dotales a corto plazo
(aplicables a planes tradicionales
y educacionales)**

Monto anual de la inversión
en la moneda solicitada

**Composición de la reserva
(aplicable a planes flexibles)**

Primas de cada opción de ahorro	Prima planeada ⁽⁷⁾	Prima adicional inicial
Ahorro no deducible		
Ahorro personal de retiro ⁽⁶⁾		
Ahorro deducible ⁽⁶⁾		

Indique su forma de pago:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Descripción de coberturas adicionales

BIT : Exención de pago de primas por invalidez total y permanente
 BIPA : 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 o pérdida de miembros colectivo
 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

Notas:

- (1) Modalidad edad alcanzada 60 o 65 años.
- (2) Sólo aplica para moneda pesos.
- (3) Para la determinación de este perfil, es indispensable llenar el cuestionario de perfilamiento.
- (4) Sólo podrá contratar una de las tres coberturas.
- (5) Sólo en caso de que se contrate la cobertura BEMPA.
- (6) Sólo para planes de edad alcanzada con beneficio fiscal 151 y 185.
- (7) Revisar los montos mínimos vigentes permitidos para la prima planeada.

SECCIÓN III. OTROS SEGUROS CONTRATADOS DE FORMA VOLUNTARIA

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

Firma del contratante

SECCIÓN IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de 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 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.

Beneficiarios del solicitante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					
Domicilio completo					
1					
2					
3					
4					

Beneficiarios del solicitante mancomunado

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					
Domicilio completo					
1					
2					
3					
4					

Firma del contratante

Beneficiarios del menor

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					
Domicilio completo					
1					
2					
3					
4					

Beneficiario persona moral del solicitante

Razón social	Domicilio completo	Fecha de constitución	Giro mercantil
Observaciones			

SECCIÓN V. CUESTIONARIO MÉDICO

Historial médico familiar

Indique si alguien de su familia (ascendientes o descendientes) ha padecido:	Diabetes		Cáncer		Enfermedades mentales		Del corazón		Epilepsia		Presión arterial alta o baja		Otras importantes	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Solicitante														
Mancomunado														

En caso afirmativo, detalle la enfermedad e indique el parentesco con el solicitante

Solicitante	
Mancomunado	

Cuestionario médico del solicitante, solicitante mancomunado, menor por asegurar. (Favor de no dejar preguntas sin contestar o en blanco)	Solicitante	Mancomunado	Menor
A) Indique peso y estatura			
Peso	_____ kgs.	_____ kgs.	_____ kgs.
Estatura	_____ cms.	_____ cms.	_____ cms.
B) ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos dos años? En caso afirmativo indique:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1.- He disminuido	_____ kgs.	_____ kgs.	_____ kgs.
2.- He aumentado	_____ kgs.	_____ kgs.	_____ kgs.
C) ¿Padece o ha padecido de enfermedades?			
1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.- ¿Está o ha estado en tratamiento médico, terapia o rehabilitación? (omitir gripas, resfriados y amigdalitis)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionario médico del solicitante, solicitante mancomunado, menor por asegurar. (Favor de no dejar preguntas sin contestar o en blanco)	Solicitante	Mancomunado	Menor
3.- ¿Se ha practicado pruebas o le han diagnosticado VIH y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.- ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.- ¿Le falta algún miembro, parte de él o tiene alguna deformidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.- ¿Recientemente le han practicado electrocardiogramas, pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética, otros?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.- ¿Del corazón y circulación? (soplo, dolor de pecho o de tórax, infarto al miocardio, presión arterial alta o baja, u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.- ¿Del aparato respiratorio? (bronquitis crónica, enfermedades de los pulmones, asma, tuberculosis, enfisema, COVID u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <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)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.- ¿Del aparato genitourinario? (riñones, próstata, vejiga, enfermedades venéreas u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11.- ¿Del aparato endócrino? (diabetes, tiroides, u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12.- ¿Del sistema nervioso? (pérdida del conocimiento o convulsiones, parálisis, epilepsia, trastornos nerviosos o mentales, u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <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)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14.- ¿Cáncer?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15.- ¿Enfermedades autoinmunes? (Lupus eritematoso, Sjögren u otras)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16.- ¿Cualquier otra que se haya manifestado por más de ocho días?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17.- ¿Tiene alguna enfermedad o defecto en ojos u oídos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Firma del contratante

SECCIÓN VI. HÁBITOS

Solicitante

1. ¿Fuma?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/>	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? <i>(Indique mm/aaaa)</i>	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? <i>(Indique el año)</i>

2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? <i>(Indique mm/aaaa)</i>	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? <i>(Indique el año)</i>

3. ¿Usa o ha usado drogas psicotrópicas? (marihuana, cocaína, heroína, morfina, anfetaminas, barbitúricos u otras)

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? <i>(Indique mm/aaaa)</i>	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? <i>(Indique el año)</i>

4. ¿Ha recibido tratamiento en relación al uso de bebidas alcohólicas o drogas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	Estado actual
---	-----------------	---------------

Detalle (fechas, resultados de laboratorio, nombre y domicilio del médico tratante)

5. ¿Ha padecido alguna enfermedad o accidente relacionada con el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	Estado actual
---	-----------------	---------------

Detalle (fechas, resultados de laboratorio, nombre y domicilio del médico tratante)

Firma del contratante

Mancomunado

1. ¿Fuma?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/>	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? (Indique mm/aaaa)	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? (Indique el año)

2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? (Indique mm/aaaa)	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? (Indique el año)

3. ¿Usa o ha usado drogas psicotrópicas? (marihuana, cocaína, heroína, morfina, anfetaminas, barbitúricos u otras)

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase	Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	
Cantidad	¿Desde cuándo practica este hábito? (Indique mm/aaaa)	¿Ha dejado este hábito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuándo lo dejó? (Indique el año)

4. ¿Ha recibido tratamiento en relación al uso de bebidas alcohólicas o drogas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	Estado actual
---	-----------------	---------------

Detalle (fechas, resultados de laboratorio, nombre y domicilio del médico tratante)

5. ¿Ha padecido alguna enfermedad o accidente relacionada con el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	Estado actual
---	-----------------	---------------

Detalle (fechas, resultados de laboratorio, nombre y domicilio del médico tratante)

Firma del contratante

SECCIÓN VII. AVIACIÓN, MOTOCICLISMO Y DEPORTES PELIGROSOS

Solicitante

¿Hace uso de motocicletas o vehículos similares? ⁽⁸⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si está solicitando coberturas adicionales, ¿desea cubrir el riesgo para éstas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Practica deportes peligrosos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Qué deportes practica?	¿En qué modalidad? Profesional <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>
Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	Si está solicitando coberturas adicionales, ¿desea cubrir el riesgo para éstas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Vuela en aeronaves militares, de gobierno, particulares u otras que no sean comerciales? ⁽⁸⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Mancomunado

¿Hace uso de motocicletas o vehículos similares? ⁽⁸⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si está solicitando coberturas adicionales, ¿desea cubrir el riesgo para éstas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Practica deportes peligrosos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Qué deportes practica?	¿En qué modalidad? Profesional <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>
Frecuencia Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	Si está solicitando coberturas adicionales, ¿desea cubrir el riesgo para éstas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Vuela en aeronaves militares, de gobierno, particulares u otras que no sean comerciales? ⁽⁸⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Notas:

(8) En caso afirmativo, anexe cuestionario correspondiente

SECCIÓN VIII. OTROS

Referencias personales del solicitante

Nombre	Domicilio	Teléfonos	Ocupación	Parentesco o relación

ATENCIÓN, INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

AVISO DE PRIVACIDAD

(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. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, C.P. 05120 Alcaldía Cuajimalpa, CDMX 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 (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

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, C.P. 05120 Alcaldía Cuajimalpa, CDMX, con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 así como nuestra atención telefónica al 55-9177-5220 o 800-849-3916 y correo electrónico rlbastida@segurosatlas.com.mx en donde se atenderá cualquier consulta o reclamación relacionada con la contratación del presente producto.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes Sur # 762 Col. Del Valle Alcaldía Benito Juárez o consulte <http://www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion>; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 55-5340-0999 o al 800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx

IMPROCEDENCIA DE PAGO POR LA COMISIÓN DE DELITOS

Se hace de su conocimiento que los Agentes de Seguro, en apego al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, establecerán medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código

AUTORIZACIONES

El contratante y las personas por asegurar autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o 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 este párrafo.

Así mismo, 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

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 beneficiario aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Respecto a la información que manifestamos y proporcionamos a Seguros Atlas, S. A. en la presente solicitud de Seguro de Vida Individual para llevar a cabo su ejecución, declaramos que es veraz, completa, exacta y no errónea (ya sea por omisión o por cualquier otra 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.

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.

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

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.

ENTREGA DE INFORMACIÓN

Solicito a Seguros Atlas, S.A. que la documentación contractual me sea entregada en:

- Papel
- Portable Document Format (PDF), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en la presente solicitud, o a través de los medios que disponga Seguros Atlas S.A. para tales efectos, en cuyo caso se le notificará el medio en el que él asegurado pueda disponer de la documentación contractual.

CONSULTA DE ESTADO DE CUENTA (APLICABLE PARA PÓLIZAS CON COMPONENTE DE INVERSIÓN)

Autorizo a mi agente de seguros con Cve agente _____ y Nombre _____ para que en mi nombre pueda solicitar el estado de cuenta de mi póliza, en el entendido que esto no genera responsabilidad alguna para Seguros Atlas, por lo que mantendré comunicación responsable con mi agente para tal efecto.

- Sí acepto
- No acepto

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.- ¿Existe información adicional que quiera compartir o declarar sobre las personas por asegurar? _____ Sí No

4.- ¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? _____ Sí No

5.- ¿Le consta que las personas por asegurar llenaron y firmaron de su puño y letra esta propuesta en su presencia? Sí No

6.- Hacemos de su conocimiento lo dispuesto por el Artículo 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 UMA 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 parte agraviada.

7.- Declaramos que la información y documentación referente a las políticas de identificación del cliente (Art. 492) ha sido cotejada y completada de acuerdo a los lineamientos de Seguros Atlas.

Clave agente	Nombre completo	Clave promotora	Participación	Firma

Estimado solicitante; 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, le 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de julio de 2022, con el número CGEN-S0023-0069-2022 / CONDUSEF-G-01391-002.