



SOLICITUD

No de solicitud

Seguro de VIDA GRUPO

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Aristóteles No. 77, interior 104, Colonia Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11550, teléfono 4161-9550, es responsable del uso y protección de sus datos personales. Por lo que le informamos que sus datos se tratarán confidencialmente y solo para las siguientes finalidades primarias: Identificación del titular; para la contratación del seguro que es de su interés; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de nuestra relación contractual; proveerle de las cotizaciones y de los productos que ha solicitado o contratado; para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, para el trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas y para la operación, administración y análisis. Usted puede conocer nuestro aviso de privacidad integral enviándonos un correo electrónico a contacto@apvida.mx o consultando nuestra página web www.apvida.com.mx

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante		
Régimen Fiscal: Persona Moral () Persona Física ()	RFC	
Tipo de Domicilio: Fiscal () Oficina ()	Clave Agrupador	Clave Contratante
Giro, Actividad u Objeto Social del Contratante		
Domicilio / Calle y No. Colonia Delegación o Municipio C.P. teléfono (incluyendo lada) y extensión		Ciudad / Estado Correo Electrónico
Nombre del Apoderado o Representante Legal / RFC:		

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

Nuevo negocio () Renovación ()	Tipo de Administración:	Forma de Pago Anual () Semestral () Trimestral () Mensual () Moneda: Nacional (X)	Vigencia de la Póliza a las ____ hrs. inicio / fin
Entidad que paga prima: Asegurado () Contratante () Otro Especificar () _____;			
Nivel de emisión de recibo: Razón Social () Subgrupo () Datos de quien paga la prima en caso de ser diferente a los del Contratante: Nombre o Razón Social/RFC/Domicilio Fiscal:			

CONDICIONES Y COBERTURAS A COTIZAR:

Elegibilidad de los Asegurados:		
Participación de Utilidad (SI) (NO)	Prestación Laboral (SI) (NO)	% Contribución de Asegurados al pago de prima (SI) ____ % (NO)

Número de subgrupos	Número total de personas del grupo:	Número de elegibles:	Número Asegurados:
Coberturas:			
Edad de los Asegurados	Sexo de los Asegurados	Suma Asegurada (Regla/Monto)	

CARACTERISTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Nombre y Descripción del Subgrupo 1		
Empleados () Sindicalizados () Sin relación Laboral () Asociaciones () Otro (especificar) _____ -		
Actividad de los Asegurados:		
No. de Asegurados que lo integran	Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad (SAMI)	
⁽⁰⁾ COBERTURAS Solicitadas (Básica y Adicionales)	Suma Asegurada: ⁽¹⁾ Regla sueldo base meses () ⁽²⁾ Monto Fijo () Saldo Insoluto ()	Edad máxima de aceptación en años
Básica: Fallecimiento	() veces ⁽¹⁾ / \$ _____ ⁽²⁾	
Adicionales:	() veces ⁽¹⁾ / 1\$ _____ ⁽²⁾	
	() veces ⁽¹⁾ / \$ _____ ⁽²⁾	
	() veces ⁽¹⁾ / \$ _____ ⁽²⁾	

ENDOSOS y ACLARACIONES

Enlistar nombre de los endosos aplicables identificando el subgrupo al que aplique
--

'Propongo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. la celebración de un contrato de Seguro de Grupo, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Declaro que los recursos para el pago de las primas son de origen lícito. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo para ser asegurados y me comprometo a recabar la documentación que me indique La Compañía para conformar los expedientes relativos a identificación de los miembros que integren el grupo y a mantenerlos a disposición de La Compañía y de la CNSF cuando lo requiera.

Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

LUGAR Y FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

DATOS GENERALES DEL INTERMEDIARIO. Agente () Directo () Otros () especificar _____.		
Nombre del Intermediario		
Oficina	Clave	Aclaraciones
Correo electrónico:	Cédula Agente:	

PROPUESTA DIRIGIDA A:	
-----------------------	--

IMPORTANTE: El producto que usted desea contratar cuenta con exclusiones y restricciones establecidas en condiciones generales, mismas que puede consultar en nuestra página web: www.apvida.mx.

Los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo que se aseguren se anexan y forman parte integral de esta solicitud. En caso de querer incluir personas incapacitadas, se deberá anexar una relación en hoja membretada suscrita por el representante legal del contratante, que incluirá edad, nombre completo y causa de incapacidad de cada integrante, dicha relación tendrá por objeto valorar los costos y condiciones para ser asegurado bajo el mismo grupo.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, correo: contacto@apvida.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 día 23 de noviembre de 2018, con el número CGEN-S0069-0105-2018”

Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F.
Tel 01(55)41619550, www.apvida.mx