



Aseguradora Patrimonial
Vida^{MR}

Tipo Solicitud:

Nueva

Renovación

Poliza anterior _____

Solicitud de Seguro de Grupo

Fecha de solicitud: DD/MM/AAAA

AVISO DE PRIVACIDAD

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 DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social		R F C	
Regimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Persona fisica con actividad empresarial		Clave Agrupador	Clave Contratante
Domicilio / Calle y No.		Colonia	
C.P.	Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Tipo de Domicilio <input type="checkbox"/> Fiscal <input type="checkbox"/> Oficina
Teléfono (incluyendo lada) y extensión		Correo Electrónico	
Giro, Actividad u Objeto Social del Contratante		Nombre del Apoderado o Representante Legal	R.F.C.

GRUPO ASEGURABLE

Giro del Grupo Asegurable	Relación Contratante-Asegurado <input type="checkbox"/> Patrón-Empleado <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Prestación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Actividad principal de los asegurados:		
			Numero de subgrupos:
Características del Grupo Asegurable <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Sin relación laboral <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otro (especificar):			
Numero total de personas del grupo:	Numero de elegibles:	Numero de asegurados:	

COBERTURAS

Subgrupo No. 01:	Numero de Asegurados:		
Cobertura	Solicitada	Regla suma asegurada	
Cobertura por fallecimiento	<input checked="" type="checkbox"/>		
Coberturas adicionales			
Indemnización por Muerte Accidental (IMA)	<input type="checkbox"/>		
Indemnización por Muerte Accidental y Perdidas Orgánicas (IMAPO)	<input type="checkbox"/>		
Accidente colectivo (IAC)	<input type="checkbox"/>		
Pago de suma asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)	<input type="checkbox"/>		
Seguro saldado por invalidez total y permanente (SSIT)	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Seleccionar uno
		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6	Periodo de espera
		meses	

Contribución de los asegurados al pago de primas

NO SI

%

En caso afirmativo indicar el porcentaje y/o cantidad.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual		Moneda NACIONAL	Vigencia Inicio DD/MM/AAAA Termino DD/MM/AAAA	Tipo de Administración:
Nivel de Recibos: <input type="checkbox"/> Razon Social <input type="checkbox"/> Subgrupo <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Otro		Intermediación: <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Cédula Agente:	Correo electronico:	Telefono:	Firma de Intermediación	
Entidad que paga prima <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Otro (especificar siguientes datos)				
Nombre o Razón Social				R F C
Tipo de Identificación: (INE)		Numero de Identificación:		
Regimen fiscal <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Persona fisica con actividad empresarial			Teléfono (incluyendo lada) y ext.	Correo Electrónico
Domicilio / Calle y No.		Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Tipo de Domicilio <input type="checkbox"/> Fiscal <input type="checkbox"/> Oficina	

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE Y CONTRATANTE

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.

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

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@anvida.mx

Lugar y fecha:

Nombre y firma del Administrador de Póliza

Nombre y Firma del Representante Legal

“En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros publicadas en el diario oficial de la federación con fecha 23 de diciembre de 2015, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó inscrita ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, a partir del día 16 de mayo de 2018, con el número CONDUSEF-003311-01”

“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 15 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0069-0065-2018/CONDUSEF-003311-01”

Aristoteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo,
C.P. 11550, Ciudad de México, Tel 01(55)41619550

www.apvida.mx