



**Solicitud de Seguro de Grupo**

Fecha de Requisición

/ /

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre o Razón Social			R F C
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)		Correo Electrónico	
Giro, Actividad u Objeto Social de la Empresa		Nombre del Apoderado o Representante Legal	R.F.C.

**GRUPO ASEGURABLE**

Categoría de Empleados que se pretenden asegurar y relación con el contratante

	N° de Personas que la Integran	Edad Promedio	¿Existen cúmulos de sumas aseguradas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hombres			¿De ser así, dónde y cuando?
Mujeres			

¿Con este seguro se pretende garantizar prestaciones? ¿Cuáles?

**COBERTURAS Y CONDICIONES DE CONTRATACION**

Regla para determinación de la suma asegurada

Cobertura Básica

Cobertura de Fallecimiento  Deudor  Ahorrador

Coberturas Adicionales

Gastos Funerarios (GF)  Deudor  Ahorrador

Indemnización por Muerte Accidental (IMA)  Ahorrador

Indemnización por Invalidez Total y Permanente (PASI)  Deudor  Ahorrador

Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Moneda NACIONAL	¿Contribución de los empleados al pago de primas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar porcentaje y/o cantidad:
--	--------------------	--	--

¿Con participación de Utilidades?  SI  NO

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., 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

**DATOS GENERALES DEL AGENTE**

Clave	Nombre del Agente	Oficina
-------	-------------------	---------

**Se informa que el producto ligado a esta solicitud 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 de internet "<http://www.apvida.com.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@apvida.mx](mailto: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 del día 4 de octubre de 2016, con el número CNSF-S0069-0679-2016/CONDUSEF-000189-01”**

Aristoteles 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](http://www.apvida.mx)