

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 <input type="checkbox"/> Fallecimiento		<input type="checkbox"/> Fallecimiento		Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual
Coberturas Adicionales <input type="checkbox"/> Pago Anticipado de la Suma Asegurada Básica al Fallecimiento del Asegurado para Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas - Esc. A ó Esc. B <input type="checkbox"/> Accidente Colectivo <input type="checkbox"/> Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente		<input type="checkbox"/> PAGF Porcentaje: _____ % <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MAPO [A B] Seleccionar solo uno <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> SSIT } Período de espera <input type="checkbox"/> PASI } <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> PASIAC }		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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Propongo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. 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.

<p>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.</p> <p>IMPORTANTE: El producto que usted desea contratar cuenta con exclusiones y restricciones, mismas que puede consultar en nuestra página web: www.apvida.mx</p> <p>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.</p> <p>Lugar y fecha</p>	<p>Nombre y Firma del Representante Legal</p>
---	---

DATOS GENERALES DEL AGENTE		
Clave	Nombre del Agente	Oficina

“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 ___ de ___ de ___, con el número _____/CONDUSEF_____.”