

Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

Para facilitar los trámites de esta solicitud, favor de llenar con tinta negra o azul, en letra clara de molde. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

En esta solicitud, ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales. De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo 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.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre Completo del Solicitante

Nombres(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Ciudad y Estado de Nacimiento						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Día</td> <td style="width:33%;">Mes</td> <td style="width:33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año								
Día	Mes	Año									

En caso de ser mujer. ¿Está embarazada? SI () NO ()

Datos laborales

Nombre de la Empresa donde Labora		RFC con Homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en que consisten sus labores		Giro de la Empresa
Domicilio del Lugar de Trabajo			
Alguna otra Ocupación	Describa en que Consisten sus Labores		Empresa donde Labora

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular	Teléfono Oficina	Correo Electrónico

Datos del Contratante (en caso de ser diferente al solicitante)

Nombre Completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres(s)
Relación con el solicitante:		

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	------	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia
Municipio o Delegación	Ciudad o Población	Estado	Código Postal	

Datos del Plan

Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir solo una opción	Forma de Pago
Temporal a 5 años Renovable	100,000 () 200,000 () 300,000 ()	Anual

Datos de los 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 deben 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 seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s) del(los) Beneficiarios	Parentesco (Para efectos de identificación)	% de Participación de la Suma Asegurada

Otros Seguros de Vida

¿Estás solicitando o has solicitado seguros de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? Si () No ()

Seguros Expedidos (en Vigor o Cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Te han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si () No () En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Estatura _____ cm

¿Fuma? Si No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

- 1. Diabetes Si No
- 2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma Si No
- 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus Si No
- 4. Cirrosis hepática, hepatitis o insuficiencia hepática Si No
- 5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón Si No
- 6. Insuficiencia renal o pancreatitis Si No
- 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral Si No
- 8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH Si No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores , especifique:

AUTORIZACIÓN (De interés para el solicitante, debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para que proporcionen a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudio de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., la información de su conocimiento y que a su vez Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que Aseguradora Patrimonial Vida llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este Aviso de Privacidad. Manifiesto que leí el Aviso de Privacidad previamente a dar los datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Lugar y Fecha:	
Firma del Solicitante	Firma del Contratante

Para Aspectos Internos de la Compañía

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre Completo del Agente	Porcentaje	Clave
Nombre Completo del Agente	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de Envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Estás seguro que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si () No ()

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 21 de agosto de 2009, con el número CNSF-S0069-0579-2009.

Aviso de Privacidad

La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V. con domicilio en la calle de Aristóteles número 77, piso 1, Colonia Polanco Reforma, C.P. 11550, México, Distrito Federal, en adelante la Compañía recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato celebrado al cual se incorpora el presente aviso como si fuese parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de la Compañía.

La información del TITULAR que recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a la Compañía a compartirla en los siguientes casos:

Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios con el Titular.

En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de la Compañía, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I.- identificación oficial vigente o documentación con el que se acredite la representación del Titular.

II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información la Compañía dará respuesta en un plazo máximo de 10 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.

La Compañía se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.apvida.mx.

Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

Nombre / Fecha / Firma

SE AUTORIZA EL USO DE DATOS PERSONALES