

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO
No. de solicitud:

| Contratante | | | |
|----------------------------|---|----------------------|--|
| * Nombre o razón social | | * RFC | |
| * Giro del contratante | | * Régimen fiscal | |
| * Domicilio | * Colonia | * C.P. | |
| * Teléfono fijo (con lada) | | * Correo electrónico | |
| * Método de pago | * Moneda | | |
| * Prestación laboral | Porcentaje contribución al pago de primas | | |
| | _____ % | | |
| * Vigencia del seguro: | Desde: Día/Mes/Año | Hasta: Día/Mes/Año | |
| | | | |

En caso de renovación proporcionar número de póliza: _____

Características del grupo

| | |
|--|---|
| * Relación contratante-asegurado: | * Descripción de las principales actividades del grupo: |
| | |
| * No. de miembros que cumplen con las características para ser | * No. miembros que van a asegurarse |
| | |

* ¿Existe la posibilidad de que derivado directamente de la actividad de los asegurados, ocurra un siniestro que afecte de manera simultánea a varios de los integrantes del grupo?

Sí ☐ No ☐ ¿Por qué?

Coberturas solicitadas

| Cobertura básica | Descripción de la regla de suma asegurada |
|------------------|--|
| | La regla de suma asegurada corresponde a la suma asegurada fija indicada en el registro de asegurados. |

Coberturas adicionales

| Cobertura adicional | Descripción de la regla de suma asegurada |
|---------------------|--|
| | La regla de suma asegurada corresponde a la suma asegurada fija indicada en el registro de asegurados. |

La póliza cubre a empleados activos.

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 incluir a personas incapacitadas, se deberá anexar una relación que incluya edad, nombre y causa de incapacidad para costos y condiciones de estos casos.

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA
 Periférico Sur no. 4829, Edificio Torre Jade 701 y 702 Col. Parque del Pedregal Del. Tlalpan
 C.P. 14010 México, D.F. Teléfono: 01 800 911 0900 www.asertavida.com.mx

* datos obligatorios

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Representante legal del contratante:
Declaro que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y está completa, reconociendo que las declaraciones anteriores constituyen la base del contrato de seguro aceptando por lo tanto la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes a dicho contrato. De igual forma, reconozco que las omisiones, las inexactas o falsas declaraciones de un hecho que se pregunte, podrían originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones que se describen en la presente solicitud, y me he informado que tanto los datos presentados en ésta, como los requisitos médicos que la compañía considere necesarios, forman parte de la misma.

Hago constar que me he enterado de las cláusulas que contendrá la póliza que en su caso extienda la aseguradora, y que otorgo de una manera expresa mi conformidad con las mismas, aceptando las obligaciones que éstas me imponen como contratante.

| | |
|--|--------------------------|
| <div>Nombre y Firma</div> <div>Representante legal del contratante</div> | <div>Lugar y Fecha</div> |
|--|--------------------------|

Nombre del agente

Aviso de privacidad

ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V, GRUPO FINANCIERO ASERTA; con domicilio en Periférico Sur 4829, Edificio Torre Jade Oficinas 701 y 702 Col. Parque del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P. 14010, México, D. F.; protege, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios y productos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre, conservación e integración de expedientes de identificación, evaluar calidad en servicios e informarle de nuevos servicios y productos. El contenido integro de este AVISO está a su disposición en www.asertavida.com.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 30 de Octubre de 2014, con el número CNSF-S0118-0603-2014

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA
Periférico Sur no. 4829, Edificio Torre Jade 701 y 702 Col. Parque del Pedregal Del. Tlalpan
C.P. 14010 México, D.F. Teléfono: 01 800 911 0900 www.asertavida.com.mx