



Datos del contratante							
Nombre:					RFC:		
					CURP:		
Relación con el solicitante:							
Datos del Asegurado							
Indicar el tipo de asegurado:		Asegurado Titular: _____		Asegurado Dependiente: _____			
		Familiar: _____					
Nombre:					RFC:		
					CURP:		
Domicilio:				C.P.:			
Entidad:				Correo electrónico:			
Teléfono	Estado Civil:		Sexo:		Lugar y Fecha de Nacimiento:		
Pago de primas							
Forma de Pago				Instrumento de cobro			
Información del lugar de enseñanza							
Nombre del asegurado		Nombre de la escuela			Antigüedad en la escuela y/o Grado Escolar		
Lugar de enseñanza:		Ocupación			Medios de transporte		
<input type="checkbox"/> Escuela Pública <input type="checkbox"/> Escuela Privada <input type="checkbox"/> Domicilio Particular <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)		<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)			<input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Auto Propio <input type="checkbox"/> A Pie <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)		
Descripción del lugar donde se realicen las actividades escolares presenciales y/o vía remota, calendario escolar y horarios:							
Hábitos							
¿Uso de bebidas alcohólicas?		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Frecuencia: _____	
Tipo: _____						Cantidad: _____	
¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psico-activas?						Si <input type="checkbox"/>	
Detallar:						No <input type="checkbox"/>	
Medios de transporte utilizados, detallar frecuencia:							
Deportes, Aficiones o Actividades							
¿Practica o ha practicado?	Si	No	¿Desea cubrirlo?	¿Practica o ha practicado?	Si	No	¿Desea cubrirlo?
Automovilismo				Vuelo sin Motor			
Motociclismo				Motonáutica			
Ciclismo				Charrería /			
Pesca				Equitación			



Buceo				Vuelo Ultraligero			
Caza				Espeleología			
Esquí de Nieve				Alpinismo			
Esquí Acuático				Artes Marciales			

En caso de respuestas afirmativas indicar:

Tiempo de practicarlo  
 Organizaciones de pertenencia  
 Frecuencia de práctica  
 Tipo de Practica (solo o en grupo / amateur o profesional)  
 Nivel de competencia (nacional, internacional)  
 Vehículos o equipo utilizado

¿Ha sufrido accidentes en los últimos 5 años? Si  No  Describir secuelas:

Designación de Beneficiarios

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**ADVERTENCIA:** En caso de que se desee nombrar como 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 puede implicar legalmente que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**CONSENTIMIENTO**

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de Accidentes Personales Escolares de la que se deriva este consentimiento.

**Declaración de la Veracidad**

Hago constar que la información y respuestas proporcionadas en esta solicitud son exactas, veraces y completas, que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud o estilo de vida, reconozco que estos datos constituyen la base del Contrato de Seguro y que en caso de que la Aseguradora demostrase cualquier inexactitud u omisión implicaría la nulidad automática de la solicitud. El contratante o solicitante debe declarar tal y como los conozca todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se ampara en esta solicitud

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 que proporcionen a **SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.**, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que **SPP Institución de Seguros, 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 **SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.**, la información de su conocimiento y que a su vez **SPP Institución de Seguros, 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.



Lugar y fecha	Firma del Solicitante	Nombre, Clave Agente / Broker
Informe del Agente		
<p>_____</p> <p>Firma del Agente</p>		
<p>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p><b>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 <u>27 de mayo de 2021</u>, con el número CNSF-S0128-0495-2020/ día 28 de <u>mayo de 2021</u>, con el número CONDUSEF-004617-03.</b></p>		