



Datos del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)							
Nombre:				RFC:			
				CURP:			
Relación con el solicitante:							
Solicitante							
Nombre:				RFC:			
				CURP:			
Domicilio:		Entidad:		C.P.:			
Teléfono		Estado Civil:		Sexo:		Correo electrónico:	
				Lugar y Fecha de Nacimiento:			
Pago de primas							
Forma de Pago				Instrumento de cobro			
Información de Ocupación							
Profesión		Nombre de la empresa			Antigüedad en la empresa		
Lugar de trabajo		Ocupación actual			Ingresos Anuales		
<input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Calle Otro: _____		<input type="checkbox"/> Tienda / Comercio <input type="checkbox"/> Consultorio/ Despacho					
Descripción del trabajo							
Hábitos							
¿Uso de bebidas alcohólicas?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Frecuencia: _____		Cantidad: _____	
Tipo: _____							
¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psico-activas?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Detallar:							
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							
¿Le falta algún miembro o parte de él?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar:			
¿Ha sufrido accidentes en los últimos 5 años?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Describir secuelas:			
¿Cuenta con otros seguros o le ha sido rechazada o pospuesta una solicitud de seguro?						Si	No



Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada Solicitada	Motivo
¿Le han sido rechazada, limitada o extra-primada alguna solicitud de seguros?			Si No
Detallar el motivo:			
Designación de Beneficiarios			
Nombre Completo		Parentesco	Porcentaje
<p><b>ADVERTENCIA:</b> 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.</p>			
<b>CONSENTIMIENTO</b>			
Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de Accidentes Personales Colectivo de la que se deriva este consentimiento.			
<b>Declaración de la Veracidad</b>			
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 <b>SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.</b> , 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 <b>SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.</b> , 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 <b>SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.</b> , la información de su conocimiento y que a su vez <b>SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.</b> , 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
<b>Informe del Agente</b>			
Le consta que el solicitante firmó la presente Recomienda usted a su cliente por su reputación, ocupación y moralidad Tiempo de conocer al solicitante Estimación de Ingresos anuales Conoce hecho que pueda afectar el riesgo declarado en esta solicitud			
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Firma del Agente			



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.

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 a partir del día 13 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0128-0269-2019/CONDUSEF-003855-01