



Solicitud No. _____
Fecha _____

Solicitud de Seguro Básico de Accidentes Personales

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

“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 darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.”

Este documento sólo contribuye 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

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento			Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Ciudad y Estado de Nacimiento
Día	Mes	Año					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describe en qué consisten sus labores	Empresa en que desempeña su labor

Domiciliar 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

Nombre (s)

Relación con el solicitante:

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Correo electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	---	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior

Número Interior

Colonia

Delegación o Municipio

Ciudad o Población

Estado

Código Postal

DATOS DEL PLAN

Seguro Básico Accidentes Personales	Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción	Forma de Pago
	100,000 () 200,000 ()	ANUAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como responsable de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideren a al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de una 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 seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre (s) del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Aseguradora

OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES

¿Estás solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si () No ()	Compañía	Suma Asegurada
¿Le han rechazad, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si () No ()	En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	



Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

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 Contratante	Firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LACOMPAÑIA (de acuerdo al conducto de venta)

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Básico Estandarizado Accidentes Personales quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de diciembre de 2019, con el número CNSF-S0128-0479-2019 / CONDUSEF-004034-02”.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de usuarios de la CONDUSEF

Para cualquier aclaración, queja, o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V., ubicada en la calle Volcán # 214, Piso 2, colonia Lomas de Chapultepec I Sección, código postal 11000, alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, al teléfono (0155) 36009600 y del interior de la República marque al (01800)1010053, o al correo electrónico une@sppseguros.com.mx o visite nuestra página www.sppseguros.com.mx.