



Datos del contratante			
Nombre o Razón Social:		RFC:	
		CURP:	
Giro de la Empresa:			
Fecha de constitución:			
Nombre del apoderado:			
Domicilio:			
Entidad:		C.P.:	
Teléfono			
Vigencia de la Póliza a las 12:00		De: dd / mm / aaaa	Hasta: dd / mm / aaaa
Datos de la colectividad			
Número de personas que integran la empresa:			
Número de personas que integran al grupo Asegurado:			
Relación del Contratante y los Asegurados:		Patrón-Empleado: <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente: <input type="checkbox"/> Asociación- Asociado: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/>	
Plan Contributivo:			
Actividades de la colectividad		Ubicación	Filiales
<p>*Se adjunta a la presente Solicitud, la información relativa al nombre, edad, ocupación, fecha de nacimiento y sexo de las personas integrantes de la Colectividad Asegurable (Anexo 1).</p> <p>*En caso de que existan personas que realicen actividades de alto riesgo, favor de llenar el Anexo 2.</p>			
Persona Responsable para la atención de la póliza			
Nombre:		Puesto:	
Teléfono (ext.)		Ubicación:	Correo Electrónico:
Coberturas Solicitadas		Suma asegurada	Deducibles
<p> </p> <p> </p> <p> </p>			
Pago de primas			
Forma de Pago		Instrumento de cobro	
<p> </p> <p> </p>			
Nota importante (Leer antes de firmar)			
<p>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.</p> <p>En caso de tener más de una categoría de la Colectividad, favor de anexar una hoja con las especificaciones correspondientes.</p> <p>Con la presente solicitud acompaño debidamente firmados los consentimientos individuales de los miembros que forman parte de la colectividad.</p> <p>En caso de que la Compañía necesite información más detallada de cada persona de la Colectividad Asegurada se deberá llenar la Solicitud Individual de Accidentes Personales.</p>			

**Declaración de veracidad**

Hago constar que la información y respuestas proporcionadas en esta solicitud son exactas, veraces y completas, 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.

Acepto la obligación de pagar la prima total y ajustes correspondientes al contrato durante la vigencia de este.

Lugar y fecha	Firma del Contratante	Nombre, Clave Agente / Broker

Informe del Agente

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

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 21 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0128-0243-2020 / CONDUSEF-004368-01

