

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Esta solicitud deberá ser requisitada con letra de molde, de puño y letra del solicitante y no debe presentar rayaduras o enmendaduras.

Solicito a Seguros Atlas S.A., en mi carácter de contratante, una póliza de Seguros de Grupo en el plan temporal a un año, para lo cual hago las siguientes declaraciones:

Trámite a realizar	Vigencia de la póliza (dd/mm/aaaa)
Póliza inicial <input type="checkbox"/> Póliza de renovación <input type="checkbox"/>	Del / / / al / / /
Póliza que desea renovar	

Tipo de producto solicitado: Experiencia Global <input type="checkbox"/> Experiencia Propia <input type="checkbox"/> Deudor <input type="checkbox"/>	Participación de utilidades: Sin dividendos <input type="checkbox"/> Con dividendos <input type="checkbox"/>
---	---

Nombre completo del contratante o razón social	R.F.C.
--	--------

Domicilio (Calle y No. exterior o interior)	Colonia
---	---------

C.P.	Ciudad o población	Alcaldía o municipio	Entidad federativa
------	--------------------	----------------------	--------------------

Correo electrónico	Teléfono con lada ()
--------------------	--------------------------

¿En qué circunstancias, varios asegurados pueden verse afectados de forma simultánea por la ocurrencia de un evento relacionado directamente con su actividad dentro de la empresa contratante?

Si el grupo ha estado asegurado anteriormente, proporcione el nombre de la aseguradora y la vigencia de la póliza:

Número total de personas en el grupo:	Número total de personas por asegurar:
---------------------------------------	--

Giro del negocio:

¹ ¿Se requiere Endoso autoadministrado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Forma de pago de la póliza: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
---	---

¿Los asegurados contribuirán en el pago de la prima? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¹ El endoso autoadministrado no se otorgará en caso de que no se cumpla con los requisitos informados en la Cotización

Subgrupo	Elegibilidad (Regla para determinar a los miembros del subgrupo)
1	
2	
3	

En caso de contar con más subgrupos colocar la información correspondiente en hojas anexas

Opción Suma Asegurada	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
1. Suma asegurada fija			
2. Meses de sueldo	<input type="text"/> meses Tipo de sueldo: Base <input type="checkbox"/> Integrado <input type="checkbox"/> Detalle cómo se integra:	<input type="text"/> meses Tipo de sueldo: Base <input type="checkbox"/> Integrado <input type="checkbox"/> Detalle cómo se integra:	<input type="text"/> meses Tipo de sueldo: Base <input type="checkbox"/> Integrado <input type="checkbox"/> Detalle cómo se integra:
3. Veces de salario mínimo			
4. Mixta			

Coberturas	Marque las coberturas que se requieran y coloque el número de opción de suma asegurada ² establecida en la tabla anterior (especifique por cobertura si la opción de suma asegurada es diferente de la básica)		
	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
Fallecimiento (Básica, obligatoria)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Suma asegurada por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Seguro saldado por Invalidez Total y Permanente	Ordinario <input type="checkbox"/> _____ Temporal <input type="checkbox"/> _____	Ordinario <input type="checkbox"/> _____ Temporal <input type="checkbox"/> _____	Ordinario <input type="checkbox"/> _____ Temporal <input type="checkbox"/> _____
Indemnización por muerte accidental	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Indemnización por Pérdidas Orgánicas. Escala	"A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> _____	"A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> _____	"A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> _____
Indemnización por Accidente en evento colectivo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Gastos Funerarios	Titular <input type="checkbox"/> _____	Titular <input type="checkbox"/> _____	Titular <input type="checkbox"/> _____
	Cónyuge <input type="checkbox"/> _____	Cónyuge <input type="checkbox"/> _____	Cónyuge <input type="checkbox"/> _____
	Hijos <input type="checkbox"/> _____	Hijos <input type="checkbox"/> _____	Hijos <input type="checkbox"/> _____
	Padres <input type="checkbox"/> _____	Padres <input type="checkbox"/> _____	Padres <input type="checkbox"/> _____
Beneficio conyugal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Endoso	Marque las coberturas que se requieran y coloque el número de opción de suma asegurada² establecida en la tabla anterior (especifique por cobertura si la opción de suma asegurada es diferente de la básica)		
	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
Motociclismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviación particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
Asistencia funeraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Importante: Anexar la base de datos de número de asegurados en formato electrónico indicando nombre completo, fecha de nacimiento, edad, subgrupo, sexo, fecha de ingreso; y la base de siniestros, en caso de que el grupo hubiera estado asegurado previamente.

²En caso de que la regla de suma asegurada sea por meses de sueldo, agregar a la base de datos el sueldo que se tomara por cada miembro del subgrupo.

	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
¿Es una prestación u obligación contractual?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Porcentaje de contribución de los asegurados en pago de la prima	%	%	%
Para el desempeño de su actividad laboral ¿hace uso de motocicletas o vehículos similares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Desea solicitar cobertura para este riesgo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Subgrupo	Detalle la actividad de cada subgrupo
1	
2	
3	

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTÁ SOLICITUD Y SE ANEXAN LOS CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES QUE CONTIENEN LOS DATOS RELATIVOS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO QUE SE ASEGUREN, ASÍ COMO; LA COTIZACIÓN No. _____ - - / DE FECHA (dd/mm/aaaa) / / .

De interés para el solicitante: (debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de requisitar y firmar esta solicitud, de lo contrario, cualquier omisión, falsa o inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegara a celebrarse, independientemente y sin perjuicio que también ocasionará la pérdida de los derechos que se deriven del mismo a favor de los asegurados o beneficiarios aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Este documento sólo constituye 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.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

UNIDAD ESPECIALIZADA

Ponemos a su disposición la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de Seguros Atlas, S.A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, C.P. 05120, Alcaldía Cuajimalpa, Ciudad de México, con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00; así como nuestra atención telefónica al 55-9177-5220 o al 800-849-3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde se atenderá cualquier consulta o reclamación relacionada con la contratación del presente producto.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes Sur # 762 Col Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o consulte <http://www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion>; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 55-5340-0999 o al 800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx

DECLARACIÓN

Hago constar que me he enterado debidamente de los alcances y limitaciones del producto que se solicita y estoy de acuerdo con sus condiciones generales, las cuales fueron puestas a disposición en la página web de Seguros Atlas, S.A. www.segurosatlas.com.mx.

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

Solicito a Seguros Atlas S.A. que la documentación contractual me sea entregada en:

- Papel
- Portable Document Format (PDF), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en la presente solicitud o a través de los medios que disponga Seguros Atlas S.A. para tales efectos, en cuyo caso se le notificará el medio en el que el asegurado pueda disponer de la documentación contractual.

Nombre del contratante	Puesto de la persona que firma como contratante	Firma como contratante

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición (ARCOO).

“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 agosto de 2024, con el número CNSF-S0023-0116-2024/CONDUSEF-006379-04”.