

**SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES  
INDIVIDUAL O FAMILIAR**

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

Atención, indispensable leer antes de llenar.

Se previene que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguros, el contratante, el solicitante y las personas por asegurar están obligadas a declarar de conformidad con el cuestionario relativo, 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, pues de lo contrario, cualquier omisión, falsa e inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegare 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 de siniestro.

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.

Trámite a realizar:  Póliza inicial  Rehabilitación  Cambios en póliza  Alta de asegurados

No. de póliza: \_\_\_\_\_ Trámite de control interno (T.C.I.): \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

|   |  |  |                          |                    |   |                      |  |
|---|--|--|--------------------------|--------------------|---|----------------------|--|
| Nombre(s)   |  | Apellido paterno   |                          | Apellido materno   |   | R.F.C. con homoclave |  |
| Sexo<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino  |  | Fecha de nacimiento<br>/ /   |                          | Estado civil       |   | Nacionalidad         |  |
| Lugar de nacimiento   |  |  |                          | Correo electrónico |   |                      |  |
| Domicilio (calle y número exterior e interior)  |  |  |                          |                    |   |                      |  |
| Colonia   |  | Ciudad o población   |                          |                    | Delegación o municipio  |                      |  |
| Entidad federativa  |  | C.P.   | Teléfono con lada<br>( ) |                    | Envío de notificaciones:<br><input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Solicitante |                      |  |
| Detalle su(s) ocupación(es) o empleos(s) actual(es):  |  | Empresa o Razón Social donde trabaja   |                          |                    |   | Ingresos mensuales   |  |
|   |  | Trabaja en: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Taller<br><input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál? |                          |                    |   |                      |  |
|   |  | Se transporta en: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Transporte urbano<br><input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?            |                          |                    |   |                      |  |
| Por su ocupación viaja en: <input type="checkbox"/> Aviones particulares <input type="checkbox"/> Aviones comerciales <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/> Automóvil<br><input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál? _____ ¿Cuántas veces al año? _____ |  |  |                          |                    |   |                      |  |

**Datos del contratante (persona que pagará la prima, llenar solamente si es diferente al solicitante)**

|  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
| Nombre completo o Razón Social                 |  | R.F.C. con homoclave |  |
| Domicilio (Calle y número exterior e interior) |  | Colonia              |  |

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

|   |                    |                        |  |
|---|--------------------|------------------------|--|
| C.P.  | Ciudad o población | Delegación o municipio | Entidad federativa                     |
| Detalle la ocupación o giro del contratante                   |                    | Teléfono con lada ( )  | Correo electrónico                     |
|   |                    | Ingresos mensuales     | Relación que guarda con el solicitante |
| Nombre del representante legal (en caso de ser persona moral) |                    |                        |  |

**Datos de los dependientes económicos del solicitante que se desean asegurar**

| Nombre(s) y apellidos | Sexo | Parentesco | Ocupación | Lugar de nacimiento | Fecha de nacimiento |     |     |
|-----------------------|------|------------|-----------|---------------------|---------------------|-----|-----|
|                       |      |            |           |                     | Día                 | Mes | Año |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |
|                       |      |            |           |                     |                     |     |     |

**Vigencia y cobranza**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Inicio de vigencia de la póliza<br>Del / / al / / | Formas de pago:<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral<br><input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual | Conductos de pago:<br><input type="checkbox"/> Pago referenciado<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|---|

**Planes y coberturas solicitadas**

| Planes nacionales   | Planes internacionales  |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plus Elite <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Óptimo   | <input type="checkbox"/> Mundial  |
| Suma asegurada en UMAM <sup>(1)</sup> : _____   | Suma asegurada en dólares: _____  |
| Deducible en UMAM <sup>(1)</sup> : _____  | Deducible en dólares: _____   |
| Coaseguro en porcentaje: _____  | Coaseguro en porcentaje: _____  |
| Tope de coaseguro en pesos: _____   | Tope de coaseguro en dólares: _____   |
| Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos:<br><input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Base+50 <input type="checkbox"/> Base+100 | Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos:<br><input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Base+50 <input type="checkbox"/> Base+100 <input type="checkbox"/> Base+200 |

**Nota (1):** UMAM significa, Unidad de Medida y Actualización Mensual.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

| <b>Coberturas adicionales</b>  |            |  |               |          |
|--|------------|--|---------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Eliminación del deducible en caso de accidente <sup>(2)</sup><br><input type="checkbox"/> Incremento de ayuda por maternidad <sup>(3)</sup><br>Señale la ayuda por maternidad deseada |            | <input type="checkbox"/> Continuación familiar<br><br><input type="checkbox"/> Gastos Funerarios<br>Indique la suma asegurada del:<br>Titular: _____<br>Dependientes económicos: _____ |               |          |
|  | \$20,000   | \$30,000   | \$40,000      | \$50,000 |
| Mundial  | No         |  |               |          |
| Plus Elite   | disponible |  |               |          |
| Plus   |            |  |               |          |
| Óptimo   |            |  | No disponible |          |
|  |            | <input type="checkbox"/> Endoso de conversión<br><input type="checkbox"/> Ayuda para gastos médicos de discapacidad<br><input type="checkbox"/> Otras coberturas: _____                |               |          |

**Nota (2):** Esta cobertura solo está disponible para pólizas nacionales con deducible mayor a 5 UMAM.

**Nota (3):** El incremento de suma asegurada para la cobertura de ayuda por maternidad, solo aplica para pólizas de renovación.

**Deportes, actividades y/o aficiones**

| <b>Mencione los deportes, actividades peligrosas y/o aficiones de alto riesgo que cada solicitante practique</b> |  |  |
|--|--|--|
| Solicitante  | Deportes, actividades peligrosas y/o aficiones del alto riesgo | Indique la modalidad (profesional, amateur u ocasional) y la frecuencia con que los practica |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Si desea cubrir los deportes, actividades y/o aficiones mencionadas, favor de requisitar el cuestionario correspondiente para su valoración.**

**Cuestionario médico**

**En caso de no seleccionar respuesta, se entenderá "Sí"**

|   | Solicitante   | Cónyuge   | 1er. hijo   | 2o. hijo  | 3er. hijo   | 4o. hijo  |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Indique peso y estatura                                       | _____ Kgs.<br>_____ Mts.                                |
| 1.- ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 2 años? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique:</b>   |   |   |   |   |   |   |
| <b>He disminuido</b>  | _____ Kgs.  |
| <b>He aumentado</b>   | _____ Kgs.  |

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

|   | Solicitante   | Cónyuge   | 1er. hijo   | 2o. hijo  | 3er. hijo   | 4o. hijo  |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.- ¿Ha tenido o le han recomendado alguna intervención quirúrgica?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Actualmente está bajo tratamiento médico?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿En los últimos 12 meses ha recibido o está en busca de tratamiento médico? (por razones ajenas a una revisión de rutina) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Ha estado internado, por cualquier causa, en algún hospital en los últimos 2 años?                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6.- Alguna vez ha padecido o le han dicho que ha padecido de:   |   |   |   |   |   |   |
| a) ¿Afecciones cardiacas?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Albumina, glucosa o sangre en la orina ?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Alguna enfermedad mental o del sistema nervioso?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Asma o fiebre del heno?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Cualquier defecto físico?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Diabetes?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Disnea (dificultad para respirar)?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Dolores de cabeza?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Epilepsia?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Flebitis?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| k) ¿Gota?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| l) ¿Hernia (de cualquier clase)?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| m) ¿Hipertensión arterial?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| n) ¿Neurosis?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| o) ¿Reumatismo?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| p) ¿Sífilis o gonorrea?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| q) ¿Tuberculosis?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| r) ¿Tumores o cáncer?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| s) ¿Ulceras?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| t) ¿Várices?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| u) ¿Vértigos, mareos o desmayos?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

|   | Solicitante   | Cónyuge   | 1er. hijo   | 2o. hijo  | 3er. hijo   | 4o. hijo  |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7.- Padece o ha padecido alguna enfermedad de:  |   |   |   |   |   |   |
| a) ¿El apéndice?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b) ¿El corazón?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) ¿El estómago?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d) ¿El hígado o bazo?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e) ¿El oído?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| f) ¿El recto?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| g) ¿La columna vertebral?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| h) ¿La garganta?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| i) ¿La nariz?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| j) ¿La vesícula biliar?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| k) ¿La vista?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| l) ¿Los huesos o articulaciones?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| m) ¿Los intestinos?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| n) ¿Los pulmones?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| o) ¿Los riñones?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8.- En caso de ser hombre:  |   |   |   |   |   |   |
| a) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la próstata?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9.- En caso de ser mujer:   |   |   |   |   |   |   |
| a) Actualmente ¿Está embarazada?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso afirmativo indique el número de semanas</b>  |   |   |   |   |   |   |
| b) ¿Padece o ha padecido complicaciones de embarazo?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de los pechos u otros órganos femeninos?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10.- ¿Le han tomado radiografías, electrocardiogramas, ultrasonidos o resonancia magnética o tiene programada alguna prueba médica? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11.- ¿Le han practicado o recomendado la prueba para la detección del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)?              | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso afirmativo especifique, quién se lo recomendó, porqué, fecha del estudio y cuál fue el resultado.</b>                    |   |   |   |   |   |   |
| 12.- ¿Cualquier enfermedad, trastorno o lesión distinta a las mencionadas?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Si alguna de las preguntas de este cuestionario son contestadas en sentido afirmativo, dé usted detalles en el siguiente cuadro incluyendo; nombre de la persona de quien se da información, enfermedad o lesión, número de ataques, diagnósticos, tratamientos, resultados y grado de recuperación así como el nombre del médico o médicos tratantes.**

**Preguntas adicionales (En caso de respuesta afirmativa, favor de especificar si es solicitante, cónyuge o hijo)**

1.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, tienen en proyecto algún viaje al extranjero? (En caso afirmativo, especifique, lugar, fecha, duración y motivo).

2.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, ha padecido en los 2 últimos años infecciones crónicas (diarrea, pulmonía, etc.)? (En caso afirmativo especifique cuáles)

3.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 2 años? (En caso afirmativo indicar la causa, número de transfusión y fecha)

4.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, alguna vez ha consumido: marihuana, heroína, morfina, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, o cualquier otro tipo de drogas? (En caso afirmativo señalar fecha de inicio, tipo de droga y última ocasión).

5.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, fuma?  
(En caso afirmativo especifique hace cuánto tiempo y número de cigarrillos al día).

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

6.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud consume bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo especifica que tipo, cantidad y frecuencia).

7.- ¿Usted o sus dependientes tiene contratada(s) o tramitando en esta compañía alguna(s) otra(s) póliza(s)? (En caso afirmativo indique tipo de seguro, No. de póliza(s) o número(s) de trámite(s)).

8.- ¿A usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, le han rechazado, pospuesto, limitado o señalado extraprima en otras compañías? (En caso afirmativo explicar por qué y en qué compañía Aseguradora).

#### **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](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

#### **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.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Autorizo a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., toda la información que se requiera; resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra solicitud de seguro y en su caso para todo lo relacionado con el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevo de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.**

**Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he requisitado solicitudes de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se deriva de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento.**

#### **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 Delegación Cuajimalpa Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00, así como nuestra atención telefónica en los teléfonos (55) 9177-5220 o 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 su oficina ubicada en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez o consulte [www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones](http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones); 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

**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 me fueron puestas a disposición en la página web de Seguros Atlas, S.A. [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx).**

**Acepto que en caso de que sea admitido el contrato de seguro e incumpla con el pago de la prima en cualquiera de sus modalidades, el mencionado contrato de seguro cesará en sus efectos de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.**

**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.**

**Como solicitante declaro que conozco el estado de salud de los dependientes al momento de la firma de esta solicitud.**

**Con la firma de la presente solicitud se autoriza a Seguros Atlas, S.A. la entrega de documentación contractual a los solicitantes, contratantes o asegurados en formato PDF (portable document format) a través del correo electrónico indicado en la presente solicitud o a través de los medios digitales empleados por la compañía.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del agente

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**Estimado Solicitante; en cumplimiento a lo establecido en el artículo 5° del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas en vigor, me permito informar a usted lo siguiente:**

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Nombre completo del agente  | Tipo de autorización |
| Número de cédula y vigencia | Domicilio            |

Así mismo, conforme a la disposición convocada, le hago saber:

1. Que no cuento con facultades de representación de Seguros Atlas, S.A. para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.
2. Que sólo podré cobrar primas contra recibo oficial expedido por Seguros Atlas, S.A. y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta.
3. Que deberá usted llenar el cuestionario requerido por Seguros Atlas, S.A. señalando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan.
4. Que se da por enterado de la forma adecuada del alcance de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de solicitud de seguro que proporcione la institución aseguradora que entregó a usted en este acto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del agente

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**Para aspectos internos de la compañía (La siguiente información debe ser requisitada por el agente)**

- 1.- ¿Cuánto tiempo hace que conoce a las personas por asegurar y/o solicitante? \_\_\_\_\_
- 2.- Si lo conoce recientemente, indique ¿quién se lo refirió? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como su moralidad y su reputación? Si  No
- 4.- ¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? Si  No
- 5.- Le consta que el solicitante llenó y firmó de su puño y letra esta propuesta en su presencia Si  No
- 6.- **Hacemos de su conocimiento que de conformidad con lo dispuesto en la fracción II. del artículo 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se le impondrá la pena y multa que al efecto disponga la autoridad a:**

**"II. Los agentes de Seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a una institución de seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro".**

| Clave agente | Nombre completo del agente | Clave promotoría | Participación | Firma |
|--------------|----------------------------|------------------|---------------|-------|
|              |                            |                  |               |       |
|              |                            |                  |               |       |

**“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 02 de septiembre de 2019, con el número CGEN-S0023-0073-2019 / CONDUSEF-G-00697-004.”**