

## ORDEN DE MOVIMIENTO INDIVIDUAL

Folio:

### INSTRUCCIONES

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR CON LETRA MOLDE Y TINTA DE UN SOLO COLOR. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

### MODIFICACIONES A REALIZAR

CAMBIO DE PLAN	<input type="checkbox"/>	ALTA O BAJA DE ASEGURADOS	<input type="checkbox"/>	CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA	<input type="checkbox"/>
CONTRATACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES	<input type="checkbox"/>	AVISO DE VIAJE	<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE AGENTE	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL CONTRATANTE	<input type="checkbox"/>		
CAMBIO DE OCUPACIÓN	<input type="checkbox"/>	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	<input type="checkbox"/>		

### DATOS DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL CONTRATANTE

NÚMERO DE PÓLIZA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA (DD/MM/AA)

### CAMBIO DE PLAN

CAMBIO EN:	SI	NO					
SUMA ASEGURADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	500,000 <input type="checkbox"/>	1,000,000 <input type="checkbox"/>	1,500,000 <input type="checkbox"/>	2,000,000 <input type="checkbox"/>	3,000,000 <input type="checkbox"/>
			5,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000,000 <input type="checkbox"/>	20,000,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	35,000,000 <input type="checkbox"/>
			45,000,000 <input type="checkbox"/>	50,000,000 <input type="checkbox"/>			
DEDUCIBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5,000 <input type="checkbox"/>	6,000 <input type="checkbox"/>	8,000 <input type="checkbox"/>	10,000 <input type="checkbox"/>	15,000 <input type="checkbox"/>
			20,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>
			45,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>			
DEDUCIBLE EXCESOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	500,000 <input type="checkbox"/>	1,000,000 <input type="checkbox"/>	1,500,000 <input type="checkbox"/>
			OTRO _____				
COASEGURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>	25% <input type="checkbox"/>	
NIVEL HOSPITALARIO			ALTO	MEDIO	ESTÁNDAR		
(SÓLO SE PODRÁ ELEGIR UN NIVEL HOSPITALARIO Y UN SOLO MONTO DE TABULADOR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>		
			60,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>		
			45,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>		
			40,000 <input type="checkbox"/>				

### CONTRATACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES

	CANCELACIÓN	CONTRATACIÓN
GASTOS FUNERARIOS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES GRAVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTECCIÓN CONTINUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AYUDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO EN ACCIDENTES**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MULTI-REGIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISMINUCIÓN DE COASEGURO EN ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COBERTURA INTERNACIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*AL CONTRATAR ESTE BENEFICIO DEBERÁ HACER LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN EL APARTADO DEL MISMO NOMBRE (PÁGINA 3 DE 4).

\*\*NO SE PODRÁ CONTRATAR ESTA COBERTURA SI SU DEDUCIBLE ES DE EXCESOS.

LOS CAMBIOS ESTARÁN SUJETOS A LAS POLÍTICAS Y A LA REVISIÓN DE SEGUROS MULTIVA S. A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, POR LO TANTO NO SE DARÁ LA MODIFICACIÓN DE FORMA INMEDIATA. EL CAMBIO EN SUMA ASEGURADA DEBERÁ SOLICITARSE CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN PRESENTANDO LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.

DE ACUERDO A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO SE PREVIENE AL SOLICITANTE QUE DEBE DECLARAR TODOS LOS HECHOS, TAL Y COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCERLOS EN EL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACIÓN, LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE UN HECHO IMPORTANTE PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO QUE SE LE PREGUNTE, FACULTARÁ A SEGUROS MULTIVA, S. A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO.

### CAMBIO DE FORMA DE PAGO (\*\*\*)LA FORMA DE PAGO MENSUAL SÓLO PODRÁ HACERSE CON CARGO A TARJETA DE CRÉDITO Y DEBERÁ LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE)

MENSUAL\*\*\*  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

### CAMBIO DE OCUPACIÓN

OCUPACIÓN ANTERIOR

OCUPACIÓN NUEVA

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45 Piso 1, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676

**ALTA O BAJA DE ASEGURADOS**

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE	DIRECCIÓN COMPLETA	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	MOVIMIENTO	
				ALTA	BAJA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAS BAJAS SE REALIZARÁN DE FORMA INMEDIATA. EN CASO DE SER ALTA, FAVOR DE LLENAR EL FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD.

**AVISO DE VIAJE**

POR ESTE MEDIO DOY AVISO A SEGUROS MULTIVA S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA DE QUE EL ASEGURADO \_\_\_\_\_ REALIZARÁ UN VIAJE A \_\_\_\_\_ CON DURACIÓN DE \_\_\_\_\_, COMENZANDO EL DÍA \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_, Y FINALIZANDO EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_.

EL MOTIVO DEL VIAJE ES \_\_\_\_\_ Y LAS ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ SON: \_\_\_\_\_.

PARA TALES EFECTOS SOLICITO LA COBERTURA CORRESPONDIENTE.

**ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL CONTRATANTE**

**ANTERIOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE CONTRATANTE ANTERIOR

**NUEVO**

**DATOS DEL CONTRATANTE**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

R.F.C.	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)

PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN O PROFESIÓN O GIRO	FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL)

**DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

CALLE	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE OFICINA

**ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS SOLO POR EL CONTRATANTE (SÓLO SI SE TRATA DE PERSONA FÍSICA)**

**1. ¿DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO ALGUNO DE ESTOS CARGOS EN EL SEXENIO ACTUAL O ANTERIOR?**

DIPUTADO LOCAL O FEDERAL, DIRECTOR GENERAL DE LA C.F.E., DIRECTOR GENERAL DE PEMEX, GOBERNADOR DE ESTADO, JEFE DE GOBIERNO DEL D.F., MINISTRO DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, PRESIDENTE DE PARTIDO POLÍTICO REGISTRADO EN EL IFE, PROCURADOR GENERAL DE LA REPÚBLICA, PROCURADOR DE JUSTICIA DE LOS ESTADOS, SECRETARIO DE FINANZAS DEL DISTRITO FEDERAL, SECRETARIO DE FINANZAS DE LOS ESTADOS, SECRETARIO DE GOBIERNO DE LOS ESTADOS, SENADOR (PARA EXTRANJEROS PRESIDENTE O MANDATARIO).

SÍ  NO  EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL \_\_\_\_\_.

**2. ¿REALIZA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES?**

COMERCIANTE DE: METALES PRECIOSOS, ANTIGÜEDADES, JOYAS, OBJETOS DE ARTE, PIEDRAS PRECIOSAS, PRODUCTOS MILITARES DE ALTA SOFISTICACIÓN, AGENTES ADUANAL, CASINOS, LOTERÍAS, JUEGOS DE AZAR, CENTROS NOCTURNOS, DISTRIBUCIÓN DE ARMAS, INMOBILIARIA, ORGANIZACIONES DE CARIDAD, PIRÁMIDES, PRESTAMISTAS, PRODUCCIÓN DE ARMAS, CONSULTOR FINANCIERO.

SÍ  NO  EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL \_\_\_\_\_.

**DECLARO QUE LOS RECURSOS POR VIRTUD DE LOS CUALES SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SON LÍCITOS.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE CONTRATANTE NUEVO

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: EN EL CASO DE QUE SE DESEE NOMBRAR 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 POR QUE LAS LEGISLACIONES CIVILES PREVIENEN LA FORMA EN QUE DEBE 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, LEGALMENTE PUEDE IMPLICAR QUE SE NOMBRARA 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.

LOS BENEFICIARIOS DECLARADOS A CONTINUACIÓN, PERTENECEN AL ASEGURADO TITULAR, ES DECIR, EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ÉSTE, SE LE(S) SERÁ OTORGADA LA SUMA ASEGURADA DESTINADA A LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS. EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ALGUNO DE LOS DEPENDIENTES, LA SUMA ASEGURADA SERÁ OTORGADA DIRECTAMENTE AL TITULAR.

SI SE LLEGASE A PRESENTAR LA MUERTE SIMULTÁNEA DE TODOS LOS ASEGURADOS, LA SUMA ASEGURADA SE OTORGARÁ DE ACUERDO A LA SUCESIÓN TESTAMENTARIA.

NOMBRE COMPLETO DE(LOS) BENEFICIARIO(S)	DOMICILIO COMPLETO DE(LOS) BENEFICIARIO(S)	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN
1.				%
2.				%
3.				%

NOTA: EN CASO DE QUE EL ASEGURADO TITULAR LLEGASE A FALLECER Y SE TUVIESE ALGÚN IMPORTE PENDIENTE DE PAGO DERIVADO DE ALGÚN REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, DICHO REEMBOLSO SERÁ ENTREGADO DE ACUERDO A LA DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS REALIZADA EN ÉSTE APARTADO.

## CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

MOTIVO DE LA CANCELACIÓN

## CAMBIO DE AGENTE

### ANTERIOR

NO. AGENTE	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN

NO. AGENTE	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN

FIRMA DEL AGENTE NUEVO

## DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)

CONFORME A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, SE DEBEN DECLARAR TODOS LOS DATOS REQUERIDOS EN ESTA SOLICITUD TAL Y COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCERLOS EN FORMA VERÍDICA AL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA QUE LA OMISIÓN O INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE LOS DATOS IMPORTANTES QUE SE PREGUNTEN PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, FACULTARÁ A SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, PARA RESCINDIR EL CONTRATO CELEBRADO AUNQUE TALES DATOS NO HAYAN INFLUIDO EN LA CAUSA DEL SINIESTRO Y DE ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER PAGO AL ASEGURADO (ART. 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

POR LO ANTERIOR, EN MI CARÁCTER DE SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS SOLICITANTES, AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS, PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO, PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE ESTA SOLICITUD Y A SU VEZ A SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, PARA QUE PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL RAMO, LA INFORMACIÓN QUE SE DERIVE DE ESTA SOLICITUD Y DE OTRAS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO, A EFECTO QUE PUEDA EVALUAR CUALQUIER OTRA PROPUESTA DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DEL SECTOR QUE LE SEA SOLICITADA POR MI PERSONA. ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER REQUERIDA AL MOMENTO DE PRESENTAR ESTE DOCUMENTO, EN CASO DE FALLECIMIENTO O EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, LO CONSIDERE OPORTUNO.

ACEPTO QUE LA PRESENTE ORDEN DE MOVIMIENTO FORMA PARTE DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DE MI SEGURO Y QUE LAS MODIFICACIONES SOLICITADAS SURTAN EFECTO A PARTIR DE QUE LA PRESENTE SEA ACEPTADA EXPRESAMENTE POR SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA. TODAS LAS CONDICIONES DEL SEGURO, EXCEPTO LAS QUE PIDO SE MODIFIQUEN, QUEDARÁN SIN ALTERACIÓN.

LAS MODIFICACIONES SE REALIZARAN CON UN PLAZO NO MAYOR A 30 DÍAS, EXCEPTO EN AQUELLOS EN QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.

HAGO CONSTAR QUE ME HE ENTERADO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE EN SU CASO EXTENDERÁ SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA Y EXPRESAMENTE DECLARO MI CONFORMIDAD CON ELLAS, ASÍ MISMO DECLARO QUE EL AGENTE DE SEGUROS, ME HA INFORMADO DE MANERA AMPLIA Y DETALLADA SOBRE EL ALCANCE REAL DE LA COBERTURA Y LA FORMA DE CONSERVARLA O DARLA POR TERMINADA.

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45 Piso 1, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676

www.multiva.com.mx

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

FIRMA DEL CONTRATANTE

### AVISO DE PRIVACIDAD

LA INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE, CONSISTENTE EN SU NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELÉFONO, Y DEMÁS DATOS PERSONALES QUE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, RECOLECTE MEDIANTE LA SOLICITUD DE SEGURO, CUESTIONARIOS, A TRAVÉS DE TERCEROS AUTORIZADOS, POR VÍA ELECTRÓNICA, MEDIANTE GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS, O A TRAVÉS DE CUALQUIER OTRO MEDIO, SERÁ UTILIZADA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO AL QUE SE INCORPORA EL PRESENTE AVISO, ASÍ COMO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS ESTADÍSTICOS, PARA LA GESTIÓN DE OTRAS SOLICITUDES Y CONTRATOS CON ENTIDADES DE GRUPO FINANCIERO MULTIVA ASÍ PARA REMITIRLE INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS Y SERVICIOS DEL MISMO.

LA INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE QUE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA RECABE EN ESTA FORMA SE TRATA CON LA CONFIDENCIALIDAD DEBIDA Y NO SE VENDE, NI CEDE A TERCERAS PERSONAS. SIN EMBARGO, SE AUTORIZA A SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, A COMPARTIRLA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A) CUANDO DICHA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN SE EFECTUÉ CON TERCEROS CON LO QUE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, LA COMPAÑÍA CELEBRE CONTRATOS EN INTERÉS DEL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE O PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO CON EL MISMO.
- B) EN LOS CASOS QUE LO EXIJA LA LEY, O LA PROCURACIÓN O ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA.

LA INFORMACIÓN PERSONAL SERÁ RESGUARDADA POR EL DEPARTAMENTO DE DATOS PERSONALES DE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, ANTE QUIÉN EL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE PUEDE EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN, MEDIANTE SOLICITUD POR ESCRITO.

SEGUROS MULTIVA, S.A. GRUPO FINANCIERO MULTIVA SE RESERVA EL DERECHO A MODIFICAR ESTE AVISO DE PRIVACIDAD EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE LA PUBLICACIÓN DE UN ANUNCIO DESTACADO EN SU PORTAL ELECTRÓNICO EN INTERNET WWW.MULTIVA.COM.MX.

SE ENTENDERÁ QUE EL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE CONSIENTE TÁCITAMENTE EL TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN EL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD SI NO MANIFIESTA SU OPOSICIÓN AL MISMO.

HE LEÍDO Y ME DOY POR ENTERADO DEL AVISO DE PRIVACIDAD QUE ANTECEDE EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA DE SEGURO.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

FIRMA DEL CONTRATANTE

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE PUEDA TENER ESTA SOLICITUD, DECLARO QUE TODAS LAS RESPUESTAS CONTENIDAS EN LA MISMA, SON VERÍDICAS Y ESTÁN COMPLETAS, RECONOCIENDO QUE CONSTITUYEN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y ACEPTANDO EN CONSECUENCIA LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA PRIMA Y AJUSTES CORRESPONDIENTES AL CONTRATO.

ARTÍCULOS 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRÁ PEDIR LA RECTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS QUE SIGAN AL DÍA QUE RECIBA LA PÓLIZA, TRANSCURRIDO ESTE PLAZO DE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA O DE SUS MODIFICACIONES.

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR 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, ESTA SOLICITUD ES NULA SI CARECE DE LA FIRMA DEL ASEGURADO O POR FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD, AUN CUANDO ESTAS NO HAYAN INFLUIDO EN LA CAUSA DEL SINIESTRO, PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADO DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DEL SEGURO, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

### LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

FIRMA DEL CONTRATANTE

### DATOS DEL AGENTE

NO. AGENTE	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN	
1.	¿RECOMIENDA USTED A SU CLIENTE, TANTO POR ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2.	¿TIENE ALGÚN PARENTESCO CON EL SOLICITANTE? INDIQUE CUÁL: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL AGENTE

---

*NOTA: PARA LOS CAMBIOS DONDE SE REQUIERA UNA MAYOR COBERTURA, SERÁ NECESARIO ADJUNTAR EL FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD.*

---

*“LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL (LOS) REGISTRO(S) NÚMERO(S) CNSF-S0016-0441-2014 DE FECHA 22 DE JULIO DE 2014.”*

---

**Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva**

Cerrada de Tecamachalco No. 45 Piso 1, Colonia Reforma Social, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676

[www.multiva.com.mx](http://www.multiva.com.mx)