

## SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES 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.

### 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 ELECTRONICA AVANZADA (FIEL)	

### DOMICILIO DEL CONTRATANTE

CALLE	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE OFICINA

### DATOS DEL SEGURO (PLAN NACIONAL)

SUMA ASEGURADA		DEDUCIBLE TRADICIONAL			DEDUCIBLE EXCESOS	COASEGURO	NIVEL HOSPITALARIO Y MONTO DE TABULADOR*		
500,000 <input type="checkbox"/>	10,000,000 <input type="checkbox"/>	5,000 <input type="checkbox"/>	15,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	100,000 <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	ALTO	MEDIO	ESTÁNDAR
1,000,000 <input type="checkbox"/>	20,000,000 <input type="checkbox"/>	6,000 <input type="checkbox"/>	20,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	60,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>
1,500,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	8,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	500,000 <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>
2,000,000 <input type="checkbox"/>	35,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	1,000,000 <input type="checkbox"/>	25% <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>
3,000,000 <input type="checkbox"/>	45,000,000 <input type="checkbox"/>				1,500,000 <input type="checkbox"/>		90,000 <input type="checkbox"/>		
5,000,000 <input type="checkbox"/>	50,000,000 <input type="checkbox"/>								

### BENEFICIOS ADICIONALES (CONTRATACIÓN CON COSTO EXTRA)

GASTOS FUNERARIOS\*\* 
 ENFERMEDADES GRAVES 
 AYUDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN 
 MULTI-REGIÓN 
 COBERTURA INTERNACIONAL   
 PROTECCIÓN CONTINUA 
 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO EN ACCIDENTES\*\*\* 
 DISMINUCIÓN DE COASEGURO EN ENFERMEDAD

NOTA: LA ELECCIÓN DEL DEDUCIBLE DEBERÁ SER ÚNICA, NO SE PODRÁ SELECCIONAR UN DEDUCIBLE TRADICIONAL Y UN DEDUCIBLE DE EXCESOS.

\* SOLO SE PODRÁ ELEGIR UN SOLO NIVEL HOSPITALARIO Y UN SOLO MONTO DE TABULADOR

\*\* AL CONTRATAR ESTE BENEFICIO DEBERÁ HACER LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN EL APARTADO DEL MISMO NOMBRE (PÁGINA 4 DE 5)

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

NOTA: SI HA ESTADO ASEGURADO CON OTRAS COMPAÑÍAS Y REQUIERE REDUCIR O ELIMINAR LOS PERÍODOS DE ESPERA, ANEXE A ESTA SOLICITUD LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EN DONDE SE INDIQUE LA ANTIGÜEDAD DE CADA ASEGURADO, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y EL COMPROBANTE DE PAGO DE LAS MISMAS.

### 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

### DATOS DEL SOLICITANTE

TITULAR					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO	PAÍS		
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)	PESO (KG)	OCUPACIÓN	
CÓNYUGE					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO	PAÍS		
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)	PESO (KG)	OCUPACIÓN	
HIJO (1)					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	

DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO		PAÍS	
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)		PESO (KG) OCUPACIÓN	
<b>HIJO (2)</b>					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO		PAÍS	
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)		PESO (KG) OCUPACIÓN	
<b>HIJO (3)</b>					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO		PAÍS	
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)		PESO (KG) OCUPACIÓN	
<b>OTRO</b>					
NOMBRE COMPLETO				SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
DOMICILIO CALLE	NUM. EXT.	NÚM. INT.	COLONIA	CÓDIGO POSTAL	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ESTADO		PAÍS	
R.F.C.	ESTADO CIVIL	ESTATURA (MTS)		PESO (KG) OCUPACIÓN	

CUESTIONARIO MÉDICO	TITULAR		CÓNYUGE		HIJO (1)		HIJO (2)		HIJO (3)		OTRO	
	SI	NO										
1. ¿PADECE ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/>											
2. ¿ESTÁ EN ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO, TERAPIA O REHABILITACIÓN?	<input type="checkbox"/>											
3. ¿SE LE HAN PRACTICADO PRUEBAS DE LABORATORIO, ESTUDIOS DE IMAGEN, ELECTROCARDIOGRAMAS, BIOPSIA, ENTRE OTROS?	<input type="checkbox"/>											
4. ¿SE LE HA PRACTICADO Y/O TIENE PROGRAMADA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U HOSPITALARIA?	<input type="checkbox"/>											
5. ¿HA RECIBIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/>											
6. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>											
7. ¿PADECE O HA PADECIDO PRESIÓN ARTERIAL ALTA?	<input type="checkbox"/>											
8. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (TUBERCULOSIS, BRONQUITIS, ASMA, NEUMONÍA, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
9. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (VÁRICES, ANEURISMAS, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
10. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (ESÓFAGO, ESTÓMAGO, INTESTINOS, RECTO, VESÍCULA BILIAR, HÍGADO, PÁNCREAS, BAZO, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
11. ¿PADECE O HA PADECIDO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO (RIÑÓN, VEJIGA, PRÓSTATA, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
12. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (EPILEPSIA, PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO Y/O ATAQUES, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
13. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULO ESQUELÉTICO ÓSEO (HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES)?	<input type="checkbox"/>											
14. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO (LUPUS, PÚRPURA, ARTRITIS REUMATOIDE, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
15. ¿PADECE ENFERMEDADES ENDOCRINAS O METABÓLICAS (DIABETES, TIROIDES, HIPERTIROIDISMO, AZÚCAR ELEVADA, COLESTEROL, ÁCIDO ÚRICO, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											
16. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (HEPATITIS, SIDA, SÍFILIS, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>											



### 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, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE TODOS LOS HECHOS AQUÍ MENCIONADOS SON VERÍDICOS Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE CON BASE EN ELLOS LA ASEGURADORA VALORARÁ EL RIESGO A CONTRATAR.

AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES O CLÍNICAS QUE ME HAYAN ASISTIDO O A LOS QUE HAYA ACCEDIDO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD Y PARA EL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL, ACEPTANDO QUE SE PROPORCIONE A SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, LA INFORMACIÓN REQUERIDA.

ASIMISMO, 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.

ASÍ MISMO, RECONOZCO QUE LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES NO QUEDARÁN CUBIERTOS EN LA PÓLIZA, AUNQUE SEAN DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, CONSIDERANDO ESTE DOCUMENTO COMO PARTE INTEGRANTE DE MI CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS A QUE HAYA LUGAR.

ESTOY DE ACUERDO QUE, EN CASO DE SER ACEPTADA ESTA SOLICITUD FORMARÁ PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL SOLICITANTE TITULAR Y/O CONTRATANTE Y SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA.

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.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADOS DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (EN CASO DE QUE DESEE CONTRATAR LA COBERTURA GASTOS FUNERARIOS, FAVOR DE DESIGNAR A SUS 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 DEL TITULAR.

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.

**ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS SÓLO 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 \_\_\_\_\_.

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.

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

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

\_\_\_\_\_  
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

#### 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

“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-S0016-0041-2014 DE FECHA 22 DE JULIO DE 2014.”