

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)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		
R.F.C.	C.U.R.P. (SOLO EN CASO DE CONTAR CON EL)	PAIS DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
OCUPACIÓN O PROFESIÓN O GIRO	NO. FIEL	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	CORREO ELECTRÓNICO		

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

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

DATOS DEL SOLICITANTE (SI ES DIFERENTE DEL CONTRATANTE)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		
R.F.C.	C.U.R.P. (SOLO EN CASO DE CONTAR CON EL)	PAIS DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
PESO (KG)	ESTATURA (MTS)	CORREO ELECTRÓNICO	OCUPACIÓN O PROFESIÓN O GIRO	EQUIPO DE TRABAJO Y MATERIAL QUE UTILIZA	

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

CALLE	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE OFICINA
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		PUESTO Y EN QUE CONSISTEN SUS LABORES		INGRESOS MENSUALES
DOMICILIO DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA				GIRO DE LA EMPRESA

SEGURO SOLICITADO

PLAN:	ORDINARIO DE VIDA <input type="checkbox"/>	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	DOTAL <input type="checkbox"/>	VIDA PAGOS LIMITADOS <input type="checkbox"/>
PLAZO DEL SEGURO	PLAZO DEL PAGO DE PRIMAS	SUMA ASEGURADA CONTRATADA:	MONEDA: NACIONAL <input type="checkbox"/> DÓLARES <input type="checkbox"/>	

SI CUENTA CON OTRA PÓLIZA EN SEGUROS MULTIVA S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, INDICAR SU NÚMERO DE PÓLIZA SEGURO INDIVIDUAL EN CASO DE CONTAR CON SEGURO DE VIDA GRUPO NO. DE PÓLIZA Y CERTIFICADO

BENEFICIOS ADICIONALES:

MUERTE ACCIDENTAL (MA) <input type="checkbox"/>	MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO) <input type="checkbox"/>	DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA (TIA) <input type="checkbox"/>	PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PADI) <input type="checkbox"/>	EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EXI) <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

FORMA DE PAGO

MENSUAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>	DXN <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: EN EL CASO DE QUE SE DESEE NOMBRAR BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD, NO SE DEBE SENALAR 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.

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

OTROS SEGUROS DE VIDA EN OTRAS COMPAÑÍAS
 ¿EL CONTRATANTE O SOLICITANTE HA SOLICITADO UN SEGURO DE VIDA EN OTRA(S) COMPAÑÍAS? SI NO

SEGUROS EXPEDIDOS (EN VIGOR O CANCELADOS)

COMPAÑÍA	SUMA ASEGURADA	MONEDA	PLAN	ESTADO ACTUAL

¿LE HAN RECHAZADO, LIMITADO O EXTRAPRIMADO ALGUNA SOLICITUD? SI NO
 EN CASO AFIRMATIVO ¿PORQUE MOTIVO?

CUESTIONARIO MÉDICO

	SI	NO
1. ¿PADECE ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ESTÁ EN ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO, TERAPIA O REHABILITACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿SE LE HAN PRACTICADO PRUEBAS DE LABORATORIO, ESTUDIOS DE IMAGEN, ELECTROCARDIOGRAMAS, BIOPSIA, U OTROS (ESPECIFICAR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿SE LE HA PRACTICADO Y/O TIENE PROGRAMADA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U HOSPITALARIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿HA RECIBIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿PADECE O HA PADECIDO PRESIÓN ARTERIAL ALTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (TUBERCULOSIS, BRONQUITIS, ASMA, NEUMONÍA, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (VÁRICES, ANEURISMAS, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿PADECE O HA PADECIDO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO (RIÑÓN, VEJIGA, PRÓSTATA, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (EPILEPSIA, PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO Y/O ATAQUES, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULO ESQUELÉTICO ÓSEO (HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES, COLUMNA VERTEBRAL, PERDIDA DE ALGUN MIEMBRO)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO (LUPUS, PÚRPURA, ARTRITIS REUMATOIDE, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿PADECE ENFERMEDADES ENDOCRINAS O METABÓLICAS (DIABETES, TIROIDES, HIPERTIROIDISMO, AZÚCAR ELEVADA, COLESTEROL, ÁCIDO ÚRICO, HIPOFISIS, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (HEPATITIS, SIDA, SÍFILIS, VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH), VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DE LA PIEL (VITÍLIGO O CUALQUIER OTRA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES VASCULARES CEREBRALES (EMBOLIA, TROMBOSIS, ENTRE OTROS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿PADECE O HA PADECIDO CUALQUIER TIPO DE CÁNCER O CUALQUIER OTRO TUMOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿SE LE HA DIAGNOSTICADO O TIENE INDICIOS DE LA EXISTENCIA DE TUMORES, QUISTES, PIEDRAS, HERNIAS O FIBROSIS QUÍSTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿TIENE ALGUNA ANOMALÍA DE LA VISTA O AUDICIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿TIENE ALGÚN MAL CONGENITO O DEFORMIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿LE FALTA ALGÚN ÓRGANO Y/O MIEMBRO O PARTE DE ÉL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿FUMA? CIGARRO <input type="checkbox"/> PURO <input type="checkbox"/> CANTIDAD: FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? CANTIDAD DE COPAS: FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿HACE USO DE DROGAS O ESTIMULANTES? CLASE: CANTIDAD FRECUENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿PRACTICA ALGÚN DEPORTES O AFICIÓN DE RIESGO: MOTOCICLISMO, BUCEO, PARACAIDISMO, ALPINISMO, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA ARTES MARCIALES, CHARRERÍA, ENTRE OTROS? ¿CUÁL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿VIAJA EN O HACE USO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS COMO: MOTOCICLETAS O AVIÓN PARTICULAR (VUELOS NO COMERCIALES)? FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUJERES		
29. ¿PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDADES DE LOS OVARIOS, DE LA MATRIZ DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA? ¿DE CUANTOS MESES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. INDIQUE EL NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HA TENIDO		
32. INDIQUE EL NÚMERO DE PARTOS QUE HA TENIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿LE HAN PRACTICADO LEGRADOS, CESÁREAS O ABORTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿ESTÁ O SE HA SOMETIDO A TRATAMIENTOS POR INFERTILIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, DEBERÁ AMPLIAR LA INFORMACIÓN.

NÚM. PREGUNTA	CANTIDAD Y/O FRECUENCIA	ENFERMEDAD/ACCIDENTE	¿HACE CUANTO PADECIÓ LA ENFERMEDAD/ACCIDENTE?	DURACIÓN	ESTADO ACTUAL

REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES)

NOMBRE COMPLETO	TELÉFONO
1.	
2.	
3.	

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA MONTOS DE SUMA ASEGURADA ACUMULADA

BIENES INMUEBLES		
DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN	VALOR ESTIMADO

CUENTAS BANCARIAS		
TIPO DE CUENTA	BANCO	SALDO O CRÉDITO ESTIMADO

ACCIONES		
EMPRESA	VALOR ESTIMADO	% DE ACCIONES

AUTOS		
MODELO	MARCA	VALOR ESTIMADO

OTRAS (HERENCIAS)

INDIQUE A QUE ASOCIACIONES O CLUB PERTENECE

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SÓLO SERVIRÁ PARA EL ANÁLISIS DE SU CONTRATO DE SEGURO. ES INDISPENSABLE PRESENTAR COMPROBANTE DE INGRESO (RECIBO DE NÓMINA O LA ÚLTIMA DECLARACIÓN FISCAL) Y PARA SUS SUMAS ASEGURADAS A PARTIR DE \$5,000,000 DE PESOS O UN MILLÓN DE DÓLARES SE REQUIERE ENTREVISTA PERSONAL CON EL SOLICITANTE.

DE INTERÉS PARA EL CONTRATANTE (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 PREGUNTAN 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

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: CUANDO DICHA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN SE EFECTÚE 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.

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.SEGUROSMULTIVA.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

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

DATOS DEL AGENTE

NO. AGENTE	NOMBRE COMPLETO	DISTRIBUCIÓN	
		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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"/>
3. ¿LE CONSTA QUE EL CLIENTE LLENÓ Y FIRMÓ ESTA SOLICITUD?		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL AGENTE

DICTAMEN MÉDICO

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, ÉSTA CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD. ESTA SOLICITUD ES NULA SI CARECE DE LA FIRMA DEL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE.

“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-S0016-0363-2014 DE FECHA 06 JUNIO DE 2014.”