SOLICITUD

No de solicitud

SEGURO DE VIDA GRUPO

Operación: Vida **Tipo de Seguro: Grupo**

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 55-4161-9550, es responsable del uso y protección de sus datos personales. Por lo que le informamos que sus datos se tratarán confidencialmente y solo para las siguientes finalidades primarias: Identificación del titular; para la contratación del seguro que es de su interés; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de nuestra relación contractual; proveerle de las cotizaciones y de los productos que ha solicitado o contratado; para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, para el trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas y para la operación, administración y análisis. Usted puede conocer nuestro aviso de privacidad integral consultando nuestra página web www.spsegurospatrimonial.mx.

DATOS GENERALES		
Nombre del Contratante		
Régimen Fiscal: Persona Moral ( ) Persona Física ( )	**RFC**	
Tipo de Domicilio: Fiscal ( ) Oficina ( )	**Clave Agrupador**	Clave Contratante
Giro, Actividad u Objeto Social del Contratante		
Domicilio / Calle y No. Colonia Alcaldía o Municipio C.P. Ciudad / Estado Teléfono (incluyendo lada) y extensión **Correo Electrónico**		
Nombre del Apoderado o Representante Legal / RFC:		

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN			
Nuevo negocio ( ) Renovación ( )	Tipo de Administración:	Forma de Pago Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual( ) Moneda: Nacional (X)	Vigencia de la Póliza a las _____hrs. inicio / fin
Entidad que paga prima: Asegurado ( ) Contratante ( ) Otro Especificar ( ) _____			
Nivel de emisión de recibo: Razón Social ( ) Subgrupo ( ) Datos y Domicilio Fiscal de quien paga la prima en caso de ser diferente a los del Contratante: Nombre o Razón Social/RFC/Domicilio Fiscal:			

CONDICIONES Y COBERTURAS A COTIZAR:		
Elegibilidad de los Asegurados:		
Participación de Utilidad (SI) (NO)	Prestación Laboral (SI) (NO)	% Contribución de Asegurados al pago de prima (SI) _____% (NO)

Número de subgrupos:	Número total de personas del grupo:	Numero de elegibles:	Numero Asegurados:
Coberturas:			
Edad de los Asegurados	Sexo de los Asegurados	Suma Asegurada (Regla/Monto)	

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO		
Nombre y Descripción del Subgrupo 1		
Empleados ( ) Sindicalizados ( ) Sin relación laboral ( ) Asociaciones ( ) Otro (especificar)_____		
Actividad de los Asegurados:		
No. de Asegurados que lo integran	Suma Asegurada máxima individual sin requisitos de asegurabilidad (SAMI)	
Coberturas Solicitadas (Básica y Adicionales)	Suma Asegurada: (1) Regla sueldo base meses( ) (2) Monto fijo( )	Edad máxima de aceptación en años
Básica: Fallecimiento	( ) veces (1) / $ _____(2)	
Gasto Funerario	( ) veces (1) / $ _____(2)	
Adicionales:	( ) veces (1) / $ _____(2)	

Solo podrá elegir una de las coberturas básicas, pues son excluyentes una de otra.
Describa circunstancias que considere determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de riesgos a varios integrantes del grupo, ocasionado directamente por la actividad que éstos realicen.

ENDOSOS y ACLARACIONES
Enlistar nombre de los endosos aplicables identificando el subgrupo que aplique

Propongo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. la celebración de un contrato de Seguro de Grupo, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Declaro que los recursos para el pago de las primas son de origen lícito. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo para ser asegurados y me comprometo a recabar la documentación que me indique La Aseguradora para conformar los expedientes relativos a identificación de los miembros que integren el grupo y a mantenerlos a disposición de La Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cuando lo requiera.

Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas, el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada y que carezco de facultades para representar a Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V., para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

LUGAR Y FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

DATOS GENERALES DEL INTERMEDIARIO. Agente ( ) Directo ( ) Otros ( ) especificar Nombre del Intermediario		
Oficina Correo electrónico:	Clave Cédula Agente:	Aclaraciones

PROPUESTA DIRIGIDA A:	

IMPORTANTE: El producto que usted desea contratar cuenta con exclusiones y restricciones establecidas en condiciones generales, mismas que puede consultar en nuestra página web: www.sasegurospatrimonial.mx

Los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo que se aseguren se anexan y forman parte integral de esta solicitud. En caso de querer incluir personas incapacitadas, se deberá anexar una relación en hoja membretada suscrita por el representante legal del contratante, que incluirá edad, nombre completo y causa de incapacidad de cada integrante, dicha relación tendrá por objeto valorar los costos y condiciones para ser asegurados bajo el mismo grupo.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de La Aseguradora ubicada en Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, tel. 01 (55) 4161 9550, correo: une@spsegurospatrimonial.mx.

Esta Póliza forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado conocer los alcances reales de las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro.

AVISO DE PRIVACIDAD

El tratamiento de los datos personales en ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V., se realizan de conformidad con el Aviso de Privacidad destacado en su portal electrónico en internet www.spsegurospatrimonial.mx.

“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 28 de mayo de 2026, con el número CNSF-S0069-0227-2026/CONDUSEF-007259-02”.