

identificador		
N° Intermediario (s)		

Instrucciones: Llenar por el contratante en su totalidad, con letra legible en tinta negra o azul, sin la omisión de algún dato de los requeridos y firma en todas sus hojas, no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

A. Datos del Contratante (únicamente cuando es diferente al solicitante titular).

Nombre (s) – Apellido Paterno – Apellido Materno o Razón Social: _____

RFC:

CURP:

Fecha de nacimiento (persona física): _____

Fecha de constitución de la empresa (persona moral): _____ País de nacimiento: _____

Entidad federativa de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Giro o actividad: _____ Correo electrónico: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____

Régimen fiscal de acuerdo con su constancia de situación fiscal: _____

Uso de CFDI: _____

Domicilio Fiscal.

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Colonia o fraccionamiento: _____ Código Postal: _____

Alcaldía o Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Ingreso mensual familiar: \$ _____ (sólo aplica para personas físicas.)

Ingreso mensual aproximado de la empresa: \$ _____ (sólo aplica para personas morales.)

Si es Persona Moral indique el nombre del Representante Legal.

Nombre (s) – Apellido Paterno – Apellido Materno: _____

B. Datos del solicitante titular.

Nombre (s) – Apellido Paterno – Apellido Materno: _____

RFC:

CURP:

Nacionalidad: _____ País de nacimiento: _____

Entidad federativa de nacimiento: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____

Correo electrónico: _____

Régimen fiscal de acuerdo con su constancia de situación fiscal: _____

Uso de CFDI: _____

Domicilio.

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Colonia o fraccionamiento: _____ Código Postal: _____

Alcaldía o Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Ingreso mensual familiar: \$ _____

Firma Contratante

C. Datos del Solicitante.

Ocupación actual. Detalle la actividad a la que se dedica. (empleado no se considera una ocupación).

Estado Civil. Favor indicar en la columna la letra que corresponda: S: Soltero(a) C: Casado(a)

Solicitante	Nombre completo			Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Género M / F	Peso kg.	Estatura Mts.	Estado civil	Ocupación actual	Parentesco con titular
	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno							
Titular										
Cónyuge										
Hijo 1										
Hijo 2										
Hijo 3										

D. Datos del seguro solicitado.

Favor de elegir la opción de plan que desea contratar. Estos datos deben coincidir con la cotización anexa.

Plan de Gastos Médicos Mayores:

☐ Médica Efectiva. ☐ Médica Activa. ☐ Médica Plus. ☐ Médica Catastrófica. ☐ Médica Internacional.

Suma asegurada: _____ Deducible: _____

Coaseguro %: _____ Tope coaseguro: _____

Coberturas opcionales con costo:

☐ Dental Prevem Dinámico. ☐ Continuidad familiar. ☐ Cero deducible por accidente.

☐ Ayuda para gastos de sepelio. ☐ Región Total. Zona geográfica contratada: _____

☐ Indemnización diaria por hospitalización. (Médica Efectiva).

Accidentes Personales	Cobertura básica		
	Suma asegurada muerte accidental	Suma asegurada pérdida orgánica	Escala - Pérdida orgánica
Contratiempos Inesperados	\$ _____	\$ _____	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>

Accidentes Personales	Coberturas opcionales			
	Reembolso de gastos médicos por accidente <input type="checkbox"/>		Ayuda gastos funerarios por muerte accidental <input type="checkbox"/>	Indemnización diaria por hospitalización <input type="checkbox"/>
Contratiempos Inesperados	Suma asegurada	Deducible	Suma asegurada	Suma asegurada
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

E. Forma de pago.

El Contrato cesará en todos sus efectos, sin responsabilidad para Prevem Seguros, S. A. de C. V., en caso del no pago de la prima, conforme al plazo conferido en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

☐ Mensual. (Únicamente con cargo a tarjeta de crédito). ☐ Trimestral. ☐ Semestral.

☐ Anual. ☐ Otra: _____

F. Medio de cobro.*

☐ Cargo tarjeta de crédito. (Anexar formato de cargo automático).

☐ Tarjeta de débito.

☐ Transferencia bancaria.

☐ Ventanilla bancaria.

☐ Cheque nominativo.

*El Agente o Intermediario no está autorizado a recibir pagos en efectivo.

Por este conducto, doy mi consentimiento para que la institución financiera que al efecto precise a Prevem Seguros, S. A. de C. V., realice en mi nombre los pagos por los conceptos y en la periodicidad referida al amparo de la contratación que resulte de la presente solicitud, los montos correspondientes con cargo a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE interbancaria, o bien al número de tarjeta de débito o crédito, liberando a dicha institución de cualquier responsabilidad.

G. Designación de Beneficiarios y persona(s) para el cobro de saldos pendientes.

- Accidentes Personales. (Obligatorio).
- Gastos Médicos Mayores. (Obligatorio).

ADVERTENCIA.

Si desea nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de estos para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, no considerando al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que el Beneficiario mayor de edad designado, 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.

Favor de indicar para el(los) plan(es) seleccionado(s), los Beneficiarios por cada Asegurado mayor de 18 años.

Solicitante	Beneficiario coberturas indemnizatorias					
	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
Titular						
Cónyuge						
H1						
H2						

La suma de participación por solicitante debe ser 100%. (Obligatorio).

Beneficiarios cobro de saldos pendientes					
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación

H. Reconocimiento de la antigüedad.

Si tiene alguna póliza de Gastos Médicos Mayores de la que solicite el reconocimiento de antigüedad, indique la fecha solicitada y anexe la documentación comprobatoria de acuerdo con la política vigente de reconocimiento de antigüedad de la compañía.

	Fecha de Antigüedad			Compañía	No. Póliza
	DD	MM	AAAA		
Titular					
Cónyuge					
H1					
H2					
H3					

Firma Contratante

I. Información de otros seguros.

¿Le(s) ha(n) sido rechazada(s), aceptada(s) pero bajo restricción(es), o sujeta(s) a una prima mayor a las tarifas estándar alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes y/o de vida para cualquiera de los solicitantes?:

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, favor de explicar: _____

J. Cuestionario médico - Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores.

IMPORTANTE: Favor de contestar este cuestionario médico considerando la información médica de todos los solicitantes. Si no lo declara en esta solicitud, sus derechos pueden verse afectados. Lo anterior conforme lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10 y demás relativos de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna(s) enfermedad(es) o condición(es) que se menciona(n) a continuación? En caso de responder en forma positiva favor de subrayar la enfermedad o trastorno.

Para las preguntas con respuestas afirmativas o que requieran mayor detalle, favor de llenar la sección K de esta solicitud.

J1	Enfermedades o trastornos de ojos, oídos y nariz: (OJOS): Glaucoma, cataratas, intolerancia o molestia a la exposición a la luz, estrabismo, desgarro de retina, trasplante de córnea; (OÍDOS): Otitis, disminución auditiva, enfermedades del oído interno; (NARIZ): Rinitis, desviación de tabique, pólipos nasales, adenoiditis, escurrimiento nasal o flujo, ronquidos o apnea del sueño, dolor importante en el tracto nasofaríngeo, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J2	Enfermedades o trastornos de la piel: Acné, manchas de nacimiento, dermatitis, infecciones de las uñas, psoriasis, hiperquerosis (descamación), verrugas, mezquinos, lesiones precancerosas, melanomas, herpes, quemaduras de segundo o tercer grado, cicatrices queloides o consultas por cirugía cosmética o reconstructiva, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J3	Enfermedades o trastornos musculoesqueléticos: Trastornos o fractura de huesos, articulaciones, ligamentos, tendones o discos intervertebrales, artritis, fibromialgia, gota, amputaciones, prótesis, traumatismo craneal, dolor de espalda, alteración en la marcha, sensación de debilidad en brazos y piernas, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J4	Enfermedades o trastornos respiratorios: Alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, bronquitis crónica, colapso pulmonar, empiema, tuberculosis, infecciones por hongos, dificultad respiratoria, amígdalas, enfermedad obstructiva crónica, efisema pulmonar, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J5	Enfermedades o trastornos digestivos: Afecciones de la boca, garganta, problemas para la masticación, úlceras, hernias o reflujo gastroesofágico, colitis, enfermedad de Crohn, síndrome de colon irritable, diarrea crónica, problemas intestinales, poliposis, sangrado rectal, hemorroides, enfermedades de páncreas, enfermedades de vesícula biliar, hepatitis, ictericia, cirrosis, estreñimiento o constipación, desórdenes alimenticios, bypass gástrico o banda gástrica, variaciones en el peso en el último año (pérdida o aumento mayor a 10 kg) sin estar relacionado a dieta o ejercicio, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J6	Enfermedades o trastornos urinarios: Infecciones renales, afecciones de vejiga, sangrado por orina, incontinencia urinaria, anomalías en la frecuencia urinaria, dificultad para orinar, cistitis, cálculos en riñón o tracto urinario, insuficiencia renal, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J7	Enfermedades o trastornos circulatorios o de corazón: Venas varicosas, flebitis, trombosis, inflamación de vasos linfáticos, dolor torácico, angina de pecho, embolias, arritmias, palpitaciones, soplos, enfermedades de arterias coronarias, aneurisma, infarto o ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, cirugía bypass o angioplastia, cirugía de válvula cardíaca, colocación de stent, marcapasos, fiebre reumática, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J8	Enfermedades o trastornos metabólicos o endócrinos: Glándulas suprarrenales, hipofisis, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, desórdenes tiroideos (hipo o hiper), obesidad, etc.	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma Contratante _____

J9	Enfermedades o trastornos del sistema nervioso, o cerebro: Pérdida del conocimiento, desmayos, vértigos, adormecimientos, zumbidos, parálisis, conmoción cerebral, alzheimer, demencia, migraña, dolores de cabeza crónicos, somnolencia, convulsiones, epilepsia, distrofia muscular, alteraciones en los reflejos, lesiones cerebrales, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J10	Enfermedades o trastornos de la sangre: Anemia, leucemia, desórdenes de la coagulación o púrpuras, hemofilia, alteraciones de plaquetas, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J11	Enfermedades o trastornos del sistema reproductor masculino: Infertilidad, bajo conteo de espermatozoides, disfunción eréctil, hipertrofia prostática, criptorquidia (testículos no descendidos), enfermedades de transmisión sexual ejemplo: V.P.H (virus del papiloma humano), sífilis, etc. ¿Se ha realizado alguno de estos estudios?: A) Antígeno prostático: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J12	Enfermedades o trastornos del sistema reproductor femenino: Infertilidad, dolor pélvico abdominal, alteraciones en la menstruación, endometriosis, quistes de ovario, fibrosis uterina, aborto, fibroadenoma mamario, tumores mamarios, implantes, enfermedades de transmisión sexual ejemplo, V.P.H (virus del papiloma humano), sífilis, etc. ¿Alguna de las solicitantes está embarazada?: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Semanas de gestación: _____ ¿Se ha realizado alguno de estos estudios?: a) Papanicolau: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ b) Mastografía y ultrasonido mamario: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ c) Densitometría ósea: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J13	Enfermedades o trastornos relacionados con alteraciones nerviosas del comportamiento mental: Depresión, déficit de atención, síndrome bipolar, desórdenes obsesivos compulsivos, abuso de drogas, alucinaciones visuales y auditivas, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J14	Enfermedades o trastornos como cáncer o tumores: quistes, crecimientos o tumores abdominales, enfermedad de <i>Hodgkin</i> , leucemia o cualquier otro cáncer o tumoración maligna, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J15	Enfermedades o trastornos relacionados con defectos de nacimiento o anomalías congénitas: Marcas de nacimiento, autismo, paladar hendido, labio leporino, retraso mental, síndrome de down, malformaciones craneofaciales, malformaciones del corazón, riñones, pulmones, parálisis cerebral, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J16	Enfermedades o trastornos del sistema inmunológico: Se enferma de manera constante. Padece alguna de estas enfermedades: Lupus, SIDA, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, dermatitis atópica, síndrome antifosfolípidos, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J17	¿Padece diabetes?: ¿Desde cuándo?: _____ Tratamiento actual: _____ Fecha de su última glucosa: _____ resultado: _____ Fecha de su última toma de hemoglobina glucosilada: _____ resultado: _____ ¿Ha presentado alguna complicación de diabetes?, ¿Cuál?: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J18	¿Padece hipertensión?: ¿Desde cuándo?: _____ Tratamiento actual: _____ Fecha de su última presión arterial: _____ cifra: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

J19	¿Se ha realizado alguno de estos estudios?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	a) Colesterol: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Fecha de su último estudio y resultado: _____			
	¿Está en tratamiento?, en caso afirmativo, ¿Cuál?: _____			
J20	b) Triglicéridos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Fecha de su último estudio y resultado: _____			
	¿Está en tratamiento?, en caso afirmativo, ¿Cuál?: _____			
J20	¿Alguno de los solicitantes ha recibido atención médica por alguna otra enfermedad o trastorno que no se nombra en este cuestionario? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J21	¿Alguno de los solicitantes requiere o ha requerido atención médica por un período mayor a dos meses? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J22	¿Alguno de los solicitantes se le ha practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, rayos X, ultrasonido u otros? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J23	¿Alguno de los solicitantes se le ha practicado alguna cirugía o tiene pendiente alguna cirugía o intervención quirúrgica? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J24	¿Alguno de los solicitantes desea considerar algún padecimiento bajo concepto de preexistencia declarada?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J25	¿Alguno de los solicitantes le ha sido diagnosticado alguna enfermedad en los últimos 12 meses? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J26	¿Alguno de los solicitantes le ha sido diagnosticado cáncer, SIDA o hepatitis C? Indique en la sección K.		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J27	¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente recibir el resultado de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electrocardiograma, ecocardiograma, coronariografía, VIH?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

K. Cuestionario médico extendido (de la sección J).

Favor de detallar para cada una de las preguntas del cuestionario médico - Sección J que fueron contestadas afirmativamente:

Solicitante	Nº Pregunta	Padecimiento o enfermedad	Período de la enfermedad (Desde - Hasta)	Tratamiento y resultado	Estado de salud actual

L. Hábitos relacionados a la salud.

- Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores.

Favor de contestar todas las preguntas según la información de los solicitantes.

L1. ¿Alguno de los solicitantes fuma o ha fumado cigarrillo, pipa o puro en los últimos dos años?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Tipo (Ej. Cigarrillo)	Cantidad (Nº. Cigarrillo)	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando consume

L2. ¿Alguno de los solicitantes consume o ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Tipo (Ej. Whisky)	Cantidad (Nº. Copas)	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando consume

L3. ¿Alguno de los solicitantes consume o ha consumido algún tipo de droga como marihuana, cocaína, heroína o metanfetaminas?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Tipo (Ej. Cocaína)	Cantidad	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando consume

M. Actividad física.

- Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores.
- Para los productos de Accidentes Personales.

M1. ¿Alguno de los solicitantes lleva a cabo alguna actividad física?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Tipo	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Cantidad de minutos	Fecha desde cuando lo practica

M2. ¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte y/o afición peligrosa?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Tipo de deporte o afición	Forma		Fecha desde cuando lo practica
		Profesional	Amateur	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N. Información familiar.

- Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores.

¿En alguno de los solicitantes, existen antecedentes médicos en su familia directa (padres, hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, padecimientos congénitos, afecciones reumáticas o de trastorno mental?: Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, describa lo siguiente:

Solicitante	Parentesco con el solicitante	Enfermedad(es)	Edad	Estado de salud o causa (en caso de fallecimiento)

Firma Contratante

O. Cuestionario artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

¿Usted, su cónyuge, pariente colateral hasta el segundo grado (ej. padres o hermanos) han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, han sido jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos?: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo mencione:

Parentesco del referido con el Contratante: _____ Cargo: _____

Período: _____

El origen de los recursos para el pago de la prima, ¿Proviene de una actividad lícita?: Sí ☐ No ☐

Especifique su origen: _____

¿Usted puede acreditar el origen de dichos recursos?: Sí ☐ No ☐

¿Con qué documentación la acreditaría?: _____

¿Usted pretende ocultar, encubrir o impedir conocer el origen, localización, destino, o propiedad de dichos recursos, derechos o bienes, o alentar a alguna actividad ilícita?: Sí ☐ No ☐

¿Usted actúa a nombre y cuenta propia? (aplica a Contratante persona física): Sí ☐ No ☐

(En caso de respuesta negativa llenar formato de Información Adicional del Cliente de Prevem Seguros)

¿Es usted accionista o socio de una sociedad o asociación?: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indicar el nombre de la asociación, institución o empresa: _____

Si el Contratante es persona moral nacional o extranjera, llenar formato de Identificación y Conocimiento del Cliente de Prevem Seguros.

P. Autorización para proporcionar información médica.

Por este medio autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de información médica, o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a proporcionar dicha información a Prevem Seguros S.A. de C.V. (de ahora en adelante la Aseguradora), incluso después de mi fallecimiento. Una copia de esta autorización será tan válida como el original y se mantiene así mientras que cualquier póliza esté vigente.

De común acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, enterado(a) de lo anterior y para efectos de esta solicitud, declaro estar dispuesto a que se me practique a mí o mis dependientes un examen médico, si la Aseguradora lo estima necesario. Además, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieren a mi salud o la de mis dependientes.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el restablecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieran a mí / nuestro estado de salud, relevándoles cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento que la Aseguradora lo considere necesario.

Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado cobertura, proporcionen a la Aseguradora la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que, a su vez, la Aseguradora 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 de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que sea solicitado por mi persona.

Así mismo, autorizo a Prevem Seguros S.A de C.V. a informarme sobre mi plan o nuevos planes de protección para mí y mi familia, contactándome por medio de mis datos personales presentados (correo electrónico, teléfono celular, etc.).

Firma Contratante _____

Q.Nombre completo y firma del Contratante y Solicitante titular.

NOTA IMPORTANTE (Debe leerlo antes de firmar)

Se previene al contratante y al solicitante que conforme a los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar esta solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y completas, conviniendo que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro, las que constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

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.

Queda convenido que la Aseguradora tendrá treinta (30) días, contados desde la fecha de recepción de esta solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho período no recibimos la aceptación o negativa para esta solicitud, ni noticia alguna en relación con la misma, dicha solicitud se considerará como rechazada por la Aseguradora.

Exclusiones y Limitaciones

Los productos ofertados en esta solicitud de seguro cuentan con exclusiones y limitaciones, mismas que con el alcance de la cobertura provista por el producto, están a su disposición en la página: www.prevemseguros.com.mx

Condiciones Generales y Manuales

En caso de que mi solicitud sea aceptada, autorizo a Prevem Seguros, S. A. de C. V., para que la documentación contractual me sea entregada a través de correo electrónico en la dirección que, al efecto, indico en el apartado “Datos del Contratante” de esta solicitud, salvo que expresamente instruya lo contrario, marcando la siguiente opción: ____ No deseo que la documentación contractual me sea entregada vía correo electrónico, por lo que el medio de entrega pido sea: _____.

Hago constar que me he enterado de las Condiciones Generales de la póliza que, en su caso, emita Prevem Seguros, S. A. de C. V. y expresamente declaro mi conformidad con ellas y con las coberturas contratadas.

Las firmas constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritas en la solicitud.

Firma Contratante

Firma del Contratante
o Representante Legal.

Nombre del Contratante
o Representante Legal.
(Letra de molde).

Fecha.
DD/MM/AAAA.

Firma del solicitante titular.

Nombre del solicitante titular.
(Letra de molde).

Fecha.
DD/MM/AAAA..

R. Información del Intermediario.

Nombre del Intermediario del seguro.	N° de Intermediario.	Clave promotor.

Manifiesto que he informado al solicitante entre otras cosas el alcance real de las coberturas (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario médico que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo; el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio y que carezco de facultades para representar a Prevem Seguros, S. A. de C. V., para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos Asegurados.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que he mantenido una entrevista con el Contratante o con su Representante Legal, a fin de recabar los datos y documentos necesarios de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas o aquella que llegue a sustituirla, así como a las políticas vigentes de Identificación y Conocimiento del Cliente de Prevem Seguros.

Adicionalmente, me comprometo a dar aviso en el caso de surgir algún cambio o actualización respecto de la integración inicial del expediente del Cliente.

Manifiesto que tuve a la vista y cotejé los documentos originales contra las copias que se anexan a esta solicitud, cuyos datos se consignan en la presente.

Tipo de identificación: _____ Núm. de identificación: _____ Emisor: _____
ej: (INE, SRE, etc.)

Tipo de comprobante: _____ Folio: _____ Institución emisora: _____
ej: (Predial, Agua, Edo. de Cuenta de Institución Financiera.)

Fecha de expedición: _____

Firma del Intermediario.

Nombre del Intermediario: _____
(Letra de molde)

Correo electrónico: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Espacio exclusivo para Prevem Seguros S.A. de C.V.

Folio historia clínica / Examen de laboratorio: _____ Fecha de programación: _____

Ejecutivo de servicio: _____ Código de ejecutivo de servicio: _____

CARACTERÍSTICAS DEL NEGOCIO

Código agrupador: _____ Código de subgrupo: _____ Identificador de la empresa: _____

Campaña: _____

Nombre y firma del responsable: _____

Oficina Regional: _____ Fecha: _____

Firma Contratante

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 estos productos de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Médica Efectiva:	CNSF-S0112-0143-2021/CONDUSEF-004420-03 con fecha de registro 23/03/2021.
Médica Activa:	CNSF-S0112-0249-2019/CONDUSEF-001594-06 con fecha de registro 03/06/2019.
Médica Plus:	CNSF-S0112-0250-2019/CONDUSEF-001625-06 con fecha de registro 03/06/2019.
Médica Catastrófica:	CNSF-S0112-0251-2019/CONDUSEF-001630-06 con fecha de registro 03/06/2019.
Médica Internacional:	CNSF-S0112-0240-2019/CONDUSEF-001637-05 con fecha de registro 24/05/2019.
Contratiempos Inesperados:	CNSF-S0112-0271-2017/CONDUSEF-002064-01 con fecha de registro 04/07/2017.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la UNE Prevem (Unidad Especializada de Atención a Usuario) donde con gusto atenderemos sus aclaraciones o reclamaciones, contáctenos al teléfono 55917 82600 y del interior al 800 277 3836 o mediante correo electrónico: atnquejas@prevemseguros.com.mx, o bien directamente en nuestro domicilio ubicado en Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3, Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01050 en un horario de atención de Lunes a Jueves de 08:30 a 18:00 hrs. y Viernes de 08:30 a 15:00 hrs.

Así mismo puede dirigirse a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación, con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100 Ciudad de México, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 800 999 8080 y 555340 0909.

Firma Contratante

AVISO DE PRIVACIDAD.

PREVEM SEGUROS, S.A. C.V., hace de su conocimiento que los datos personales que ha proporcionado para la celebración del presente contrato de seguro, incluso los sensibles, serán tratados con plena confidencialidad de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su utilización será conforme con dicha ley y para los fines del contrato. Atento a lo anterior, usted autoriza que sea utilizada o transferida a empresas del mismo grupo, relacionadas, asociadas, o a terceros relacionados (nacionales o extranjeros) de manera directa o indirecta, a efecto de hacerle llegar información que puede ser de su interés, así como para fines de identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, cancelación, divulgación, limitación de su uso y revocación de consentimiento a partir del 6 de enero de 2012 mediante solicitud por escrito entregada en cualquiera de sus oficinas de servicio (direcciones disponibles en www.prevemseguros.com.mx), o en su oficina matriz, esta última ubicada en Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01050.

Información del área de datos personales.

Para cualquier asunto relacionado con este aviso y el tratamiento de sus datos personales puede contactarnos en el área de datos personales:

- Teléfono: (55) 91782600
- Correo electrónico: derechos.arco@prevemseguros.com.mx
- Domicilio: Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3, Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01050

Medios a través de los cuales se encuentra a su disposición el aviso de privacidad y sus modificaciones: En la página www.prevemseguros.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted. En todo caso, recomendamos visite la página de Internet frecuentemente.

Quejas.

En caso de diferencias o inconformidades que surjan de los derechos de nuestros Clientes y Usuarios a la protección de sus datos personales, estos podrán interponer queja ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en términos de lo previsto en la ley.

Prevem Seguros S.A. de C.V. le informará de cualquier modificación al presente aviso, mediante la publicación de un anuncio en su página de internet.

Nombre y Firma
del Contratante
o Representante Legal.

Nombre y Firma
del Asegurado titular.

Nombre y Firma
del Agente o Representante Legal.

Firma Contratante