

**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, no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

☐ Trámite inicial ☐ Inclusión de Asegurado (Alta de asegurado) Número de póliza actual \_\_\_\_\_

**A. Datos del contratante. Si es persona moral, llenar formato de identificación persona moral.**

Llenar para Trámite inicial.

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

RFC:\* \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Giro, Actividad Mercantil, Ocupación y/o Profesión:\* \_\_\_\_\_

Correo electrónico:\* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (persona física) / constitución:\* \_\_\_\_\_

País de nacimiento:\* \_\_\_\_\_

Entidad federativa de nacimiento:\* \_\_\_\_\_ Nacionalidad:\* \_\_\_\_\_

Tel. Particular:\* \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Régimen fiscal de acuerdo con su constancia de situación fiscal: \_\_\_\_\_

Uso de CFDI \_\_\_\_\_

Firma electrónica avanzada (FIEL) \_\_\_\_\_  
(opcional)

**Domicilio fiscal para Persona Física y/o Persona Moral.**

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. (Llenar en caso de ser diferente del contratante).**

Llenar para Trámite inicial.

Nombre (s) – Apellido Paterno – Apellido Materno: (como aparece en su identificación oficial) o razón social.\* \_\_\_\_\_

RFC:\* \_\_\_\_\_

CURP:\* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\* \_\_\_\_\_ dd/mm/yyyy

Actividad y/o giro comercial:\* \_\_\_\_\_

Correo electrónico:\* \_\_\_\_\_

Nacionalidad:\* \_\_\_\_\_ País de nacimiento:\* \_\_\_\_\_

Entidad federativa de nacimiento:\* \_\_\_\_\_

Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Tel. Celular:\* \_\_\_\_\_

**Domicilio.**

Calle:\* \_\_\_\_\_ No. Exterior:\* \_\_\_\_\_ No. Interior:\* \_\_\_\_\_

Colonia o fraccionamiento:\* \_\_\_\_\_ Código Postal:\* \_\_\_\_\_

Alcaldía o Municipio:\* \_\_\_\_\_ Ciudad:\* \_\_\_\_\_ Estado:\* \_\_\_\_\_

**C. Datos del Solicitante.**

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

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.**

Llenar para Trámite inicial.

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.
 ☐ Médica Esencial.

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.
 ☐ Otro: \_\_\_\_\_
- ☐ Indemnización diaria por hospitalización. (Médica Efectiva).\*\*
 Zona geográfica contratada: \_\_\_\_\_

\*\*Coberturas opcionales con costo no aplican para Médica Esencial.

**Para solicitantes entre 25 y 49 años.**

¿Está(n) dispuesto (s) a realizarse un examen médico con el fin de conocer su estado de salud?   Sí ☐   No ☐

Los resultados de su examen serán utilizados para la valoración del riesgo.

**Solo para AP individual.**

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.

Llenar para Trámite inicial.

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). ☐ Trimestral. ☐ Semestral. ☐ Anual. ☐ Otra: \_\_\_\_\_

### F. Medio de cobro. El Agente o Intermediario no está autorizado a recibir pagos en efectivo.

Llenar para Trámite inicial.

- ☐ Cargo tarjeta de crédito. (Anexar formato de cargo automático). ☐ Tarjeta de débito. (anexar formato de cargo automático)
- ☐ Transferencia bancaria. ☐ Ventanilla bancaria. ☐ Cheque nominativo.

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.

Llenar en caso de seleccionar trámite inicial o inclusión de asegurado.

- 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.

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

Solicitante	Beneficiario coberturas indemnizatorias					
	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	% de participación
Titular						
Cónyuge						
H1						
H2						
H3						
H4						

**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.**

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

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					
H4					

**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.**

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

**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.

J1	<b>Enfermedades o trastornos de ojos, oídos y nariz:</b> (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	<b>Enfermedades o trastornos de la piel:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos musculoesqueléticos:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos respiratorios:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos digestivos:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos urinarios:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos circulatorios o de corazón:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos metabólicos o endócrinos:</b> Glándulas suprarrenales, hipofisis, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, desórdenes tiroideos (hipo o hiper), obesidad, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J9	<b>Enfermedades o trastornos del sistema nervioso, o cerebro:</b> 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	<b>Enfermedades o trastornos de la sangre:</b> Anemia, leucemia, desórdenes de la coagulación o púrpuras, hemofilia, alteraciones de plaquetas, etc.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
J11	<b>Enfermedades o trastornos del sistema reproductor masculino:</b> 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"/>



<b>J19</b>	<b>¿Se ha realizado alguno de estos estudios?:</b> a) Colesterol:                      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ ¿Está en tratamiento?, en caso afirmativo, ¿Cuál?: _____ b) Triglicéridos:                      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ ¿Está en tratamiento?, en caso afirmativo, ¿Cuál?: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J20</b>	¿Alguno de los solicitantes ha recibido atención médica, ha presentado signos, síntomas o padece alguna otra enfermedad o trastorno que no se nombra en este cuestionario? indique en sección K.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J21</b>	¿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"/>
<b>J22</b>	¿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"/>
<b>J23</b>	¿Alguno de los solicitantes se le ha practicado alguna cirugía o procedimiento?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J24</b>	¿Alguno de los solicitantes tiene pendiente alguna cirugía o procedimiento?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J25</b>	¿Alguno de los solicitantes desea considerar algún padecimiento bajo concepto de preexistencia declarada? ¿Cuál? favor de especificar. _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J26</b>	¿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"/>
<b>J27</b>	¿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).

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

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.

Llenar en caso de seleccionar Trámite inicial o Inclusión de Asegurado.

- 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 actualmente?

Sí ☐ No ☐

¿Alguno de los solicitantes fumaba y ha dejado de fumar?

Sí ☐ No ☐







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 o hijos) 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)

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: \_\_\_\_\_

¿El Contratante o asegurado han estado sujetos a algún proceso penal? \* Sí ☐ No ☐

Especifique: \_\_\_\_\_

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 mi 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 mi / 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.).

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

**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](http://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 bajo ello me obligo a compartir un acuse de recibo de las condiciones a Prevem Seguros, S.A. de C.V.

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 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.

Certificación del agente o conducto de venta: declaro haber explicado ampliamente al solicitante de este seguro el alcance de las coberturas y las exclusiones que aplicarán en caso de ser aceptado el riesgo por la Compañía, así como la forma de dar por terminada su cobertura.

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 Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirlas. Así como las políticas de Conocimiento del Cliente para personas físicas y morales de Prevem Seguros S.A. de C.V.

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.**

Oficina: \_\_\_\_\_

Ejecutivo: \_\_\_\_\_

**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.**

<b>Médica Esencial:</b>	<b>CNSF-S0112-0143-2021/CONDUSEF-006161-01</b> <b>con fecha de registro 23/03/2021 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Médica Efectiva:</b>	<b>CNSF-S0112-0143-2021/CONDUSEF-004420-03</b> <b>con fecha de registro 23/03/2021 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Médica Activa:</b>	<b>CNSF-S0112-0249-2019/CONDUSEF-001594-06</b> <b>con fecha de registro 03/06/2019 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Médica Plus:</b>	<b>CNSF-S0112-0250-2019/CONDUSEF-001625-06</b> <b>con fecha de registro 03/06/2019 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Médica Catastrófica:</b>	<b>CNSF-S0112-0251-2019/CONDUSEF-001630-06</b> <b>con fecha de registro 03/06/2019 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Médica Internacional:</b>	<b>CNSF-S0112-0240-2019/CONDUSEF-001637-05</b> <b>con fecha de registro 24/05/2019 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>
<b>Contratiempos Inesperados:</b>	<b>CNSF-S0112-0271-2017/CONDUSEF-002064-01</b> <b>con fecha de registro 04/07/2017 y CGEN-S0112-0093-2023.</b>

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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o llamar al teléfono 800 999 8080 y 555340 0909.

**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](http://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, 800 277 3836.
- 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](http://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.

Autorizo que Prevem Seguros S.A. de C.V., realice el tratamiento de mis datos personales patrimoniales, financieros y sensibles proporcionados en esta solicitud, para las finalidades anteriormente mencionadas y para el cobro de la prima. Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.

Autorizo que Prevem Seguros S.A. de C.V transfiera con mi agente o broker mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo los patrimoniales, financieros y sensibles.

☐ Si acepto.

**Firma del Asegurado:\* Reconozco que este consentimiento se completa con la firma de la presente solicitud.**

☐ No acepto.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como de indicarles dónde pueden consultar el Aviso de privacidad.

Nombre y Firma  
del Contratante  
o Representante Legal.

Nombre y Firma  
del Asegurado titular.

Nombre y Firma  
del Agente o Representante Legal.

\_\_\_\_\_