

Aviso de privacidad

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA; con domicilio en Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade Oficinas 701 y 702 Col. Parque del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P. 14010, México, D. F.; protege, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios y productos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre, conservación e integración de expedientes de identificación, evaluar calidad en servicios e informarle de nuevos servicios y productos. El contenido íntegro de este AVISO está a su disposición en www.asertavida.com.mx

Datos del asegurado

R.F.C. (Homoclave, si se cuenta con ella)

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular
Nacionalidad	Ocupación principal	Otra ocupación
CURP	País de nacimiento (Si es distinto a México)	

¿El solicitante desempeña o ha desempeñado algún cargo dentro del gobierno municipal, estatal o federal en los últimos cuatro años?

Definir cargo y dependencia	¿Tiene antecedentes penales?	
Lugar donde trabaja actualmente	Estado civil	Fecha de nacimiento
	Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐	

Domicilio

Calle	No. ext.	No. int.	C.P.	Colonia
Delegación o municipio	Ciudad	Estado	País	

Datos del contratante (requisitar sólo en caso de que el contratante sea distinto al asegurado)

Indique el parentesco o relación del asegurado con el contratante

Razón o denominación social

Giro mercantil, actividad u objeto social

R.F.C. Homoclave	Correo electrónico o página web
Fecha Constitución	Folio mercantil
Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada	
Número de identificación fiscal (sólo para extranjeros)	

Nombre del representante legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Nacionalidad
------------------	------------------	--------	--------------

Domicilio

Calle	No. ext.	No. int.	C.P.	Colonia
Delegación o municipio	Ciudad	Estado	País	

Beneficiarios del seguro

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento *	Porcentaje
				* Si se cuenta con ellos	Total

Firma del solicitante

Firma del contratante

Beneficiarios	
Nota Importante: El asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no es recomendable la designación de una persona para que cobre la suma asegurada y la entregue a otros. Advertencia: En caso que 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 porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.	Firma del contratante Firma del solicitante

Plazo del seguro		Moneda		Suma asegurada	
Coberturas					

Forma de pago		Método de pago	
Información particular del asegurado	Peso	Kg.	Talla o estatura mts.

En caso afirmativo a cualquiera de estas preguntas aclare la correspondiente en el recuadro de especificación.

	Si	No		Si	No
a) ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios? Indique el producto (cigarro, puro)	☐	☐	g)¿Padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, enfermedad pulmonar, enfermedades renales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades de transmisión sexual, SIDA o seropositivo VIH, isquemia, arritmia, aneurisma, enfermedades mentales, epilepsia, pancreatitis, esclerosis múltiple, fiebre reumática, alcoholismo, cáncer, tumores, leucemia, lupus?	☐	☐
b) ¿Consume o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique tipo, fecha de inicio del consumo, frecuencia y por cuánto tiempo ha consumido	☐	☐		☐	☐
c) ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna solicitud de seguro? Especifique causa y cuándo.	☐	☐		☐	☐
d) ¿Está actualmente asegurado en el ramo de vida? Especifique compañía, suma asegurada y moneda (diferentes a los que obtenga gratuitamente por tarjetas de crédito o servicios)	☐	☐	h) Si es mujer, ¿Padece o ha padecido usted o algún familiar de 1er ó 2do grado, de lo siguiente: cáncer, tumores, virus del papiloma humano, histerectomía, miomas?	☐	☐
e) ¿Ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad, accidente, alteración congénita, reconstructiva o estética? Especifique la causa y estado actual.	☐	☐	i) ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida?, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica. Especifique cuál(es) y/o por qué causa.	☐	☐
			j) ¿Utiliza motocicleta o aeronaves particulares?	☐	☐
f) ¿Usted o alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos han padecido diabetes? En caso afirmativo, favor de proporcionar aclaración.	☐	☐	k) ¿Ha recibido algún curso o capacitación de piloto o practica algún deporte peligroso como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo u otra similar?	☐	☐

Especifique: de acuerdo a lo solicitado en cada pregunta (si requiere mayor espacio, solicite un anexo)

Esta información es estrictamente confidencial y sólo servirá para todo lo relacionado con su contrato de seguro.

Advertencia

Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del asegurado o del(os) beneficiario(s) en su caso. En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la compañía de seguros tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículos 8 y 27 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Firma del contratante

Firma del solicitante

Para ser llenado por el(los) agente(s)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?

¿Recomienda usted al solicitante tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación?

Si

No

☐☐

¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Indique cuál

Si

No

☐☐

Clave del agente

Nombre del agente

Firma del agente

El agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta solicitud. Asimismo, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio. He informado al solicitante, de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato (Art. 96 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas).

Información complementaria sobre bienes personales de montos de suma asegurada acumulada superior a \$1,000,000.00 de pesos

Bienes inmuebles

Descripción

Ubicación

Valor

Cuentas bancarias o inversiones representativas

Tipo de cuenta

Banco

Saldo de crédito

Acciones

Empresa

Valor

% de acciones

Crédito

Autos

Modelo

Marca

Valor

Otros

Indique asociaciones o clubes que pertenece

Aceptación	Datos personales y consentimiento													
Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta solicitud de seguro declaro estar dispuesto, si fuera necesario a someterme a un examen médico por cuenta de la compañía, si ésta lo estima conveniente; lo cual no me exime de las responsabilidades en que pueda incurrir por omisiones o falsas declaraciones. Además, revelo a los médicos o personal que me haya asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a las que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, del secreto profesional, en este caso, aceptando que proporcionen a la compañía los datos solicitados. Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Aserta Seguros Vida S.A. de C.V., Grupo Financiero Aserta, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y que a su vez, Aserta Seguros Vida S.A. de C.V., Grupo Financiero Aserta 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 le sea solicitada por mí. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la compañía lo considere oportuno. Hago constar que, bajo protesta decir la verdad, me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones que se describen en la presente solicitud y me he informado que tanto los datos presentados en ésta, como los requisitos médicos que la compañía considere necesarios, forman parte de la misma. Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del contratante y del(os) solicitante(s) descrito(s) en este documento. Lo anterior de conformidad con la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a las que se refiere el artículo 140 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2012 y de conformidad con las Políticas en materia de identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para el efecto por Aserta Seguros Vida S.A. de C.V., Grupo Financiero Aserta. Manifiesto que me fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las coberturas, exclusiones, cláusulas generales y/o particulares las cuales conozco, entiendo y acepto como parte integrante del Contrato a que se refiere esta solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que también se encuentra en la página www.asertavida.com.mx	Tuve a la vista el aviso de privacidad integral de ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA, el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en la página www.asertavida.com.mx Por lo anterior: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solicitante</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Consiento y autorizo dicho tratamiento</td> </tr> <tr> <td>Contratante</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Consiento y autorizo dicho tratamiento</td> </tr> </tbody> </table> En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso de privacidad integral, para su consulta. ¿El solicitante y/o contratante desea que la carátula de la póliza, condiciones generales, endosos y recibos de pago se envíen por correo electrónico (Si/No*)? *En caso de que su respuesta sea "no", llame sin costo al 01800 911 0900 para que le sea entregada su documentación Firma del solicitante Firma del contratante			Si	No		Solicitante	☐	☐	Consiento y autorizo dicho tratamiento	Contratante	☐	☐	Consiento y autorizo dicho tratamiento
	Si	No												
Solicitante	☐	☐	Consiento y autorizo dicho tratamiento											
Contratante	☐	☐	Consiento y autorizo dicho tratamiento											
"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo 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"														
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 22 de Octubre de 2014 con el número CNSF-S0118-0584-2014 y 27 de octubre de 2015 con el número BADI-S0118-0080-2015														
ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA Periférico Sur no. 4829, Edificio Torre Jade 701 y 702 Col. Parque del Pedregal Del. Tlalpan C.P. 14010 México, D.F. Teléfono: 01 800 911 0900 www.asertavida.com.mx														