

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

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular
Nacionalidad	Ocupación	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
	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
	Fecha de nacimiento

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

Razón social del Contratante *	Porcentaje
* Beneficiario con carácter de irrevocable	Total

Plazo del seguro	Moneda	Suma asegurada
-------------------------	---------------	-----------------------

Coberturas

Firma del contratante

Firma del solicitante

Forma de pago		Método de pago					
Información particular del asegurado		Peso	Talla o estatura				
En caso afirmativo a cualquiera de estas preguntas especifique		Si	No		Si	No	
a) ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios? Indique el producto (cigarro, puro)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna solicitud de seguro? Especifique causa y cuándo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) ¿Utiliza motocicleta o aeronaves particulares?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) ¿Ha recibido algún curso o capacitación de piloto o practica algún deporte peligroso, como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc.?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Usted o alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos han padecido diabetes? En caso afirmativo, favor de proporcionar aclaración.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificación (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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la finalidad del seguro?	<input type="checkbox"/> Renta familiar	<input type="checkbox"/> Educación de los hijos	<input type="checkbox"/> Retiro	<input type="checkbox"/> Seguro de socios	<input type="checkbox"/> Otro	
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:

	Si	No	
Solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consiento y autorizo dicho tratamiento
Contratante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consiento y autorizo dicho tratamiento

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*)?

Firma del solicitante

Firma del contratante

Firma del solicitante

Firma del 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 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.

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