

**SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO**

Seguros SURA, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón,

C.P. 01090, Ciudad de México. Tel. 55 5723 7999



Favor de llenar con letra de molde y tinta.

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o falta algún dato.

Número de cotización

Número de póliza

**DATOS CONTRATANTE**

Nombre (s), apellido paterno, apellido materno o razón social

|                          |                      |                                 |               |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------|---------------|
| Domicilio:               | Calle y número       | Colonia                         | Código postal |
| Ciudad                   | Municipio o alcaldía | Estado                          |               |
| Teléfono incluyendo LADA | Giro mercantil       | Fecha de constitución           | Día Mes Año   |
| R.F.C.                   | Nacionalidad         | Correo electrónico o página web |               |

Datos de escritura pública donde se constituye la razón social

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre (s), apellido paterno, apellido materno

|               |                      |                    |                     |
|---------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| Domicilio:    | Calle y número       | Colonia            | Código postal       |
| Ciudad        | Municipio o alcaldía | Estado             |                     |
| Teléfono casa | Teléfono celular     | Correo electrónico |                     |
| C.U.R.P.      | R.F.C.               | Nacionalidad       | Fecha de nacimiento |

Datos de escritura pública donde se otorgan facultades al representante legal

**CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO**

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| ¿Estaba asegurado anteriormente?                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |           |
| Información médica disponible                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |           |
| Número total de miembros del grupo                                |   |           |
| Edad promedio del grupo   |   |           |
| Número de miembros con incapacidad o jubilados                    | Incapacitados   | Jubilados |
| Edad máxima de contratación solicitada                            |   |           |
| Suma asegurada máxima del grupo                                   |   |           |
| Suma asegurada promedio   |   |           |
| ¿Es un seguro contributorio?                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |           |
| Porcentaje de contribución en el pago de primas de los asegurados |   |           |
| Tipo de administración solicitada                                 |   |           |
| ¿El seguro es una prestación laboral?                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |           |
| ¿Cuál es la relación del contratante con los asegurados?          |   |           |

Describir las circunstancias que se consideren 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.

| Reglas suma asegurada | Moneda nacional | Inicio de vigencia | Fin de vigencia | Forma de pago | Conducto de pago |
|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------|------------------|
|                       |                 |                    |                 |               |                  |

## COBERTURAS SOLICITADAS

|   |  |                    |  |                                   |   |
|---|--|--------------------|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento              | <input type="checkbox"/> Muerte accidental           | Pérdidas orgánicas | <input type="checkbox"/> Escala A  | <input type="checkbox"/> Escala B | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Invalidez total permanente | <input type="checkbox"/> Muerte accidental colectiva | Gastos funerarios  | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres |                                   |   |
| Lugar y fecha                                       |  |                    | Nombre y firma del representante legal   |                                   |   |

## EXCLUSIVO AGENTES (para uso exclusivo de la compañía)

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?  Sí  No

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario 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 la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

| Nombre del agente | Clave número | Oficina de envío | Nombre del promotor | Participación | Firma del agente |
|-------------------|--------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|
|                   |              |                  |                     |               |                  |
|                   |              |                  |                     |               |                  |
|                   |              |                  |                     |               |                  |

## DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL ARTÍCULO 140 DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

|  |   |
|--|---|
| Acta constitutiva                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Identificación del representante legal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Comprobante de domicilio               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alta de hacienda                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Anexo a esta solicitud se deberá mandar un listado de excel con la relación de personas aseguradas

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- R.F.C.
- Ocupación
- Estado civil
- No. de crédito
- Regla suma asegurada (crédito/suma asegurada fija/sueldo)
- Fecha de alta

El producto cuenta con exclusiones y limitantes, se regirá por las disposiciones contractuales y legales aplicables, estas se pueden consultar en [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx)

El proponente está obligado a declarar por escrito a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México; con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas.

Teléfono: 55 5723 7912. Correo electrónico: [unat.clientes@segurossura.com.mx](mailto:unat.clientes@segurossura.com.mx); Página web: [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx)

**Este documento solo 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, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Seguros SURA, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México, informa que es responsable del uso que se le dé a sus datos personales, sensibles y financieros que usted proporcione, así como la protección de los mismos, y que cuenta con medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, para evitar el daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida de sus datos, mismos que serán utilizados para proveer los servicios y productos que ha solicitado a la compañía de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Nuestro Aviso de Privacidad Integral está a su disposición en la página de Internet <https://www.segurossura.com.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 21 de febrero de 2013, con el número CNSF-S0095-0595-2012/CONDUSEF-000499-05; RESP-S0095-0358-2015 con fecha 06 de abril de 2015; RESP-S0095-0212-2016 con fecha 11 de agosto de 2016; RESP-S0010-0025-2022 con fecha 05 de diciembre de 2022; y MODI-S0095-0044-2025 con fecha 05 de noviembre de 2025.