

SOLICITUD DE SEGURO PLAN VIVE



Favor de llenar este documento con letra de molde y tinta a un sólo color azul o negra. Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato.

Folio de solicitud

Número de póliza

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

R.F.C.	C.U.R.P.	Sexo ☐ Femenino (F) ☐ Masculino (M)	Nacionalidad
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Fecha de nacimiento Día Mes Año
Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero	Ocupación o profesión	Ingresos mensuales	
Correo electrónico		Teléfono celular	
Tipo de identificación entregada	Folio de identificación entregada	¿Residente fiscal en el extranjero? ☐ Si ☐ No	
Países donde es residente fiscal		Número(s) de identificación fiscal en el extranjero	

Domicilio particular en su lugar de residencia

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	Código postal

DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al solicitante)

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

R.F.C.	C.U.R.P.	Sexo ☐ Femenino (F) ☐ Masculino (M)	Nacionalidad
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)			Fecha de nacimiento o constitución de empresa Día Mes Año
Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero	Ocupación o profesión	Relación con el solicitante	
Correo electrónico		Teléfono celular	
Tipo de identificación entregada	Folio de identificación entregada	¿Residente fiscal en el extranjero? ☐ Si ☐ No	
Países donde es residente fiscal		Número(s) de identificación fiscal en el extranjero	

Domicilio particular en su lugar de residencia

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	Código postal

Para personas morales

Nombre(s) de (los) apoderado(s) legal(es)	Fecha de nacimiento Día Mes Año
1)	
2)	
3)	

PLAN SOLICITADO (confirmar características aplicables)

Temporalidad (años) ☐ 1 ☐ 15 ☐ 5 ☐ 20 ☐ 10 ☐ 25 Otro _____	Moneda ☐ Dólares ☐ Pesos ☐ UDI	Forma de pago ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual	Conducto de pago ☐ Pago referenciado en banco ☐ Cargo automático
---	---	---	---

COBERTURAS

		Suma asegurada		Suma asegurada
Cobertura básica por fallecimiento	☒	\$ _____	Indemnización diaria por hospitalización	☐ Renta: \$ _____
Anticipo por fallecimiento o por enfermedad terminal	☒		Dotal a corto plazo	☐
Exención de pago de primas por invalidez	☐		Protección adicional por fallecimiento	☐ \$ _____
Pago por invalidez	☐	\$ _____	Protección adicional por invalidez	☐ \$ _____
Muerte accidental	☐	\$ _____	Gastos funerarios	
Pérdidas orgánicas	☐	\$ _____	Titular	☐ \$ _____
Muerte accidental colectiva	☐	\$ _____	Cónyuge	☐
Enfermedades graves	☐	\$ _____	Hijos	☐

Protección mascotas ☐

Tipo de mascota	Género	Nombre	Edad	Raza
☐ Perro ☐ Gato	☐ Macho ☐ Hembra			
☐ Perro ☐ Gato	☐ Macho ☐ Hembra			
☐ Perro ☐ Gato	☐ Macho ☐ Hembra			

Seguros SURA entregará al asegurado la documentación relativa al contrato de seguro por escrito

☐ Manifiesto que es mi voluntad recibir la documentación relativa al contrato de seguro a través de la dirección de correo electrónico proporcionado o por cualquier otra tecnología de procesamiento de datos que permita dejar constancia de la entrega, sustituyendo con ello la entrega de documentación por escrito.

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación a través del medio elegido por el asegurado.

Consulta de estado de cuenta

☐ Manifiesto que es mi voluntad dentro de la vigencia del seguro recibir mis estados de cuenta a través de la dirección de correo electrónico proporcionado y con ello sustituir la recepción de los estados de cuenta impresos en papel.

En caso de requerir el estado de cuenta en papel indicar: ☐ Solicito el envío del estado de cuenta en papel.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: en el caso de que se 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el 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 de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Parentesco	Sexo	Porcentaje
			☐ F ☐ M	
			☐ F ☐ M	
			☐ F ☐ M	
			☐ F ☐ M	

En caso de que los beneficiarios tengan un domicilio diferente al del solicitante titular indicar: calle, número exterior e interior, colonia, código postal, alcaldía o municipio, población, ciudad, estado y país.

CUESTIONARIO SOBRE SOLICITANTE TITULAR

1. Estatura (metros)	2. Peso (kilogramos)	b) Cáncer, leucemia, tumores o cualquier otra enfermedad oncológica.	☐
3. ¿Fuma o ha fumado productos derivados del tabaco en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No		c) Diabetes, enfermedades de la tiroides o cualquier otro problema endocrino.	☐
4. ¿Se encuentra actualmente en estudio para el diagnóstico de alguna enfermedad o tiene programada alguna cirugía, ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años, actualmente está incapacitado o sufre alguna discapacidad como síndrome de Down? ☐ Sí ☐ No		d) Enfermedad o accidente cerebrovascular, epilepsia, Alzheimer, Parkinson, parálisis, depresión o cualquier otro problema neurológico o psiquiátrico.	☐
En caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior, por favor selecciona la que corresponda.		e) Bronquitis, asma, enfisema pulmonar o cualquier otro problema respiratorio.	☐
a) Me encuentro actualmente en estudio para el diagnóstico de alguna enfermedad.	☐	f) Hernia, úlcera gastroduodenal, pancreatitis, divertículos del colon, sangrado rectal, colitis o cualquier otra enfermedad gastrointestinal.	☐
b) Tengo programada o pendiente por realizar alguna cirugía.	☐	g) Cirrosis hepática, hepatitis, insuficiencia hepática o cualquier otra enfermedad del hígado o vías biliares.	☐
c) He estado hospitalizado o he sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años. Por favor, indique por cuál diagnóstico.	☐	h) Insuficiencia renal, infecciones renales, problemas de los uréteres, vejiga, uretra, próstata, cuello uterino o mama; o cualquier otra enfermedad del sistema reproductor o genitourinario.	☐
d) Actualmente estoy incapacitado o sufro alguna discapacidad como síndrome de Down.	☐	i) El último resultado del test de papanicolau fue anormal o alterado.	☐
5. ¿Consumes drogas, estimulantes, o ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción? ☐ Sí ☐ No		j) Anemia, hemofilia, trombocitopenia o cualquier otro trastorno de la sangre.	☐
6. Si es mujer, ¿está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No		k) Presenta alguna enfermedad autoinmune como lupus, artritis reumatoide o esclerosis múltiple.	☐
7. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades?		l) Artrosis, escoliosis, hernia discal, o cualquier otra enfermedad osteomuscular.	☐
Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, infarto o cualquier otro problema cardiovascular; cáncer, leucemia, tumores malignos; diabetes, enfermedades de la tiroides; enfermedad cerebrovascular, epilepsia, Alzheimer, Parkinson, parálisis, depresión; bronquitis, asma, enfisema pulmonar, úlcera gastroduodenal, pancreatitis, divertículos del colon, colitis; cirrosis hepática, hepatitis; insuficiencia renal, problemas de vejiga, uretra, próstata, cuello uterino o mama; test de papanicolau anormal o alterado; anemia, hemofilia, lupus, artritis reumatoide o esclerosis múltiple; artrosis, hernia de columna, SIDA o VIH positivo; en el último mes ha presentado síntomas como tos, fiebre, dificultad respiratoria, secreciones o está bajo sospecha o le han diagnosticado COVID-19; ceguera o sordera total; o alguna otra enfermedad no mencionada. ☐ Sí ☐ No		m) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o cualquier otra inmunodeficiencia congénita o adquirida.	☐
En caso de respuesta afirmativa a la pregunta número 7, indique cual de las siguientes enfermedades padece:		n) En el último mes ha presentado síntomas como tos, fiebre, dificultad respiratoria, secreciones o está bajo sospecha o le han diagnosticado COVID-19.	☐
a) Hipertensión arterial, arritmias, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, infarto o enfermedad coronaria o cualquier otro problema cardiovascular.	☐	o) Ceguera o sordera total.	☐
		p) alguna otra enfermedad o padecimiento, mencione cuál.	☐
8. ¿Es piloto de aeronaves y/o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente, deportes tales como: troteo, automovilismo, motociclismo, vuelo ala delta, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores y/o similares, bungee jumping, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? ☐ Sí ☐ No			
9. Por su ocupación, ¿se expone a riesgos que pongan en peligro su vida o integridad física como: sustancias químicas o peligrosas, radiaciones, armas de fuego, explosivos y manejo de alturas? ☐ Sí ☐ No			
10. ¿Utiliza como medio de transporte habitual motocicleta, motoneta u otro vehículo similar de motor? ☐ Sí ☐ No			

En caso de respuestas afirmativas proporcionar detalle del padecimiento y estado actual

Número de pregunta	Nombre de enfermedad, afecciones y lesiones	Número de veces que las ha sufrido	Fecha última ocasión			Estado actual
			Día	Mes	Año	

HISTORIA FAMILIAR

11.¿Existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de infarto, derrames, cáncer de mama, colon, gástricos u ovarios? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuestas afirmativas proporcionar parentesco, detalle de padecimiento y estado actual

12.¿Ha sido vacunado contra COVID-19? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa proporcione el nombre de la vacuna que le fue aplicada

ASEGURADOS ADICIONALES PARA GASTOS FUNERARIOS (sólo en caso de seleccionar esta cobertura)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento			Parentesco	Sexo
	Día	Mes	Año		
					☐ F ☐ M
					☐ F ☐ M
					☐ F ☐ M

OTROS SEGUROS

(esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

¿Cuenta con otro seguro de vida contratado de forma voluntaria? ☐ Sí ☐ No

¿Le han rechazado, limitado o extra-primado alguna solicitud? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuestas afirmativas, favor de proporcionar detalle (nombre de compañía y suma asegurada)

ADVERTENCIA Y ACEPTACIÓN

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y para efectos de esta autorización, informo que conozco mi obligación a declarar por escrito a Seguros SURA, S.A. de C.V., de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozco o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, faculta a Seguros SURA, S.A. de C.V. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para que proporcionen a Seguros SURA, S.A. de C.V. aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros SURA, S.A. de C.V. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad, derivada del secreto médico, a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros, a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros, para que proporcione a Seguros SURA, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez ésta, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

El producto cuenta con exclusiones y limitantes, se registrará por las disposiciones contractuales y legales aplicables, éstas se pueden consultar en www.segurossura.com.mx

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; Página web: www.segurossura.com.mx

Hago constar que Seguros SURA, S.A. de C.V., en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, me entrega en este acto el Aviso de Privacidad, mismo que he leído y comprendido en su totalidad, acerca del tratamiento que darán a mis datos, así como los medios que ponen a mi disposición para ejercer mi derecho al Acceso, Rectificación y Cancelación de mis datos, a oponerme al tratamiento de los mismos o a revocar mi consentimiento que para dicho fin haya otorgado con excepción de lo relativo a las disposiciones en materia de combate al lavado de dinero y financiamiento al terrorismo, así como al cumplimiento tributario de cuentas extranjeras Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), que se entenderá como irrevocable. Por lo que otorgo mi consentimiento para que Seguros SURA, S.A. de C.V., realice el tratamiento de mis datos de acuerdo a lo estipulado en el Aviso de Privacidad, manifestando que la información referente a Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) constituye mi cuestionario de auto certificación en la materia, del cual protesto decir verdad al respecto del contenido de las respuestas respecto a este último tema.

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, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del solicitante titular	Firma del contratante (en caso de ser diferente al solicitante)
-------------------------------	---

Lugar y fecha

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

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 28 de enero de 2025, con el número PPAQ-S0010-0008-2022/CONDUSEF-005214-08.

RMXI

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

Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.
Tel. 55 5723 7999