

SOLICITUD GRUPO/COLECTIVO
Folio:
DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE COMERCIAL DEL CLIENTE		GIRO DE LA EMPRESA
R.F.C.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN		

SI CUENTA CON OTRA PÓLIZA EN SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA INDICAR SU NÚMERO DE PÓLIZA Y CERTIFICADO.

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

CALLE	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO OFICINA

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO/COLECTIVIDAD ASEGURADA (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

SE SOLICITA LA EXPEDICIÓN DE UNA PÓLIZA CONFORME A LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD Y LOS CONSENTIMIENTOS, SOBRE LA VIDA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTEGRADO POR:

 PERSONAL ACTIVO EN LA NÓMINA PERSONAL ACTIVO POR HONORARIOS PERSONAL ACTIVO TEMPORAL MIEMBROS ASOCIADOS
 PERSONAL ACTIVO SINDICALIZADO PERSONAL ACTIVO DE CONFIANZA PERSONAL JUBILADO O EN RETIRO OTRO: _____

GRUPO ASEGURADO/COLECTIVIDAD ASEGURADA	TOTAL DE ASEGURADOS	REGLA DE SUMA ASEGURADA	ACTIVIDAD/OCUPACIÓN	CONTRIBUCIÓN
SUBGRUPO 1:				%
SUBGRUPO 2:				%
SUBGRUPO 3:				%
SUBGRUPO 4:				%

PERIODO DE VIGENCIA

INICIO DE VIGENCIA (DD/MM/AA)	FIN DE VIGENCIA (DD/MM/AA)
--------------------------------------	-----------------------------------

BENEFICIOS

ELEGIR LOS SIGUENTES BENEFICIOS POR CADA SUBGRUPO	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2	SUBGRUPO 3	SUBGRUPO 4
FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS COLECTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COBERTURAS ADICIONALES

	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2	SUBGRUPO 3	SUBGRUPO 4
PAGO PARCIAL ANTICIPADO PARA GASTOS FUNERARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIPO DE DIVIDENDO

 SIN DIVIDENDO DIVIDENDO GLOBAL DIVIDENDO PROPIA
 PERIODICIDAD: _____ PORCENTAJE DE DIVIDENDO: _____

FORMA DE PAGO

 MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL
TIPO DE PAGO

 TARJETA DE DÉBITO CHEQUE TRANSFERENCIA
 TARJETA DE CRÉDITO EFECTIVO DEPÓSITO
Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

 Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
 Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80

DE INTERÉS PARA EL CONTRATANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO SE PREVIENE AL SOLICITANTE QUE DEBE DECLARAR TODOS LOS DERECHOS A QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD, TAL COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCERLOS EN EL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACIÓN, LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE UN HECHO IMPORTANTE PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO QUE SE LE PREGUNTE, FACULTARÁ A SEGUROS MULTIVA S. A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO.

¿DESEA MANIFESTAR ALGÚN HECHO IMPORTANTE O RELEVANTE ADICIONAL?

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE PUEDA TENER ESTA SOLICITUD, DECLARO QUE TODAS LAS RESPUESTAS CONTENIDAS EN LA MISMA, SON VERÍDICAS Y ESTÁN COMPLETAS, RECONOCIENDO QUE CONSTITUYEN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y ACEPTANDO EN CONSECUENCIA LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA PRIMA Y AJUSTES CORRESPONDIENTES AL CONTRATO.

CON LA PRESENTE ACOMPAÑO DEBIDAMENTE FIRMADOS LOS CONSENTIMIENTOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA SOLICITUD Y QUE CONTIENEN LOS DATOS RELATIVOS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO/COLECTIVIDAD ASEGURADA.

SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, TENDRÁ 30 DÍAS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE RECIBIDO DE ESTA SOLICITUD, PARA ACEPTAR Y DAR CURSO A LA MISMA; SI DENTRO DE DICHO PERIODO NO RECIBO LA ACEPTACIÓN O NEGACIÓN A ESTA SOLICITUD, NI NOTICIA ALGUNA EN RELACIÓN CON LA MISMA, DICHA SOLICITUD SE CONSIDERARÁ COMO RECHAZADA POR SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA.

ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRÁ PEDIR LA RECTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS QUE SIGAN AL DÍA QUE RECIBA LA PÓLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA O DE SUS MODIFICACIONES.

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. ESTA SOLICITUD ES NULA SI CARECE DE LA FIRMA DEL ASEGURADO O POR FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD, AUN CUANDO ÉSTAS NO HAYAN INFLUIDO EN LA CAUSA DEL SINIESTRO. PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADO DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DEL SEGURO, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

“DECLARO DE MANERA LIBRE Y ESPONTÁNEA, BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, QUE LOS RECURSOS DESTINADOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL CONTRATO DE SEGURO QUE EN SU CASO SE LLEGUE A CELEBRAR CON MOTIVO DE LA PRESENTE SOLICITUD, SON DE PROCEDENCIA LÍCITA”.

“LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NÚMERO CNSF-DSP-256/96 DE FECHA 10 DE OCTUBRE DE 1996” .

ESTOY ENTERADO Y DE ACUERDO EN RECIBIR INFORMACIÓN DE PRODUCTOS Y COBERTURAS DE SEGUROS EN MI DOMICILIO Y/O CORREO ELECTRÓNICO.

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL CONTRATANTE

DATOS DE AGENTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
CLAVE	SUPERVISOR	OFICINA

FIRMA DEL AGENTE

REDACCIÓN DE TEXTOS DE ENDOSO

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80