



**Solicitud de Seguro Individual / Familiar de Gastos Médicos Mayores / Accidentes Personales .**

Identificador	
N° Intermediario (s)	

**Instrucciones:** Esta Solicitud debe ser llenada con Letra Legible, en tinta Negra o Azul. No será válida si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenada en su totalidad según los datos solicitados.

**A .Datos del Contratante ( Únicamente cuando es diferente al solicitante titular )**

Nombre (s) Apellido Paterno, Materno o Razón Social \_\_\_\_\_

Registro Federal de Contribuyentes  C.U.R.P

Fecha de Nacimiento (persona física) \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución de la empresa (persona moral) \_\_\_\_\_

Pais de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Giro o actividad \_\_\_\_\_ Tel. Particular \_\_\_\_\_

Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Cuenta usted con Cédula de Identificación Fiscal o Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada? Si  No

Indique el Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada \_\_\_\_\_

**Domicilio Fiscal**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia o Fraccionamiento \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Si es Persona Moral indique el nombre del representante legal.**

Nombre (s) – Apellido Paterno – Apellido Materno \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual Familiar: \$ \_\_\_\_\_ Sólo aplica para personas físicas

**B .Datos del Solicitante Titular**

Nombre(s) Apellido Paterno, Materno \_\_\_\_\_

Registro Federal de Contribuyentes  C.U.R.P

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Tel. Particular \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Pais de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cuenta usted con Cédula de Identificación Fiscal o Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada? Si  No

Indique el Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada \_\_\_\_\_

**Domicilio**

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia o Fraccionamiento \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual Familiar: \$ \_\_\_\_\_

**C .Datos Solicitantes**

Ocupación Actual - Detalle actividad en caso de declararse como Empleado.

Solicitante	Nombre	Nombre Completo Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	Género M / F	Peso kg	Estatura Mts	Estado Civil	Ocupación Actual	Parentesco con titular
Titular		Titular								
Cónyuge										
H1										
H2										
H3										
H4										
H5										

Favor Indicar en la columna de estado civil la letra que corresponda – S: Soltero C: Casado U: Unión Libre D: Divorciado V: Viudo

**D. Datos del seguro solicitado - Favor de elegir la opción de plan que desea contratar - estos datos deben coincidir con la cotización anexa.**

**Plan de Gastos Médicos Mayores**

Médica Activa       Médica Plus       Médica Catastrófica       Médica Internacional

Suma Asegurada \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_ Coaseguro (%) \_\_\_\_\_ Tope de Coaseguro \_\_\_\_\_

**Coberturas Opcionales con Costo**

Dental Prevem Dinámico       Continuidad Familiar       Cero Deducible por Accidente       Ayuda para Gastos de Sepelio

Zona Geográfica Contratada \_\_\_\_\_

Seguro de Accidentes Personales	Cobertura Básica			Coberturas Opcionales			
	Suma Asegurada Muerte Accidental	Suma Asegurada Pérdida Orgánica	Escala - Pérdida Orgánica	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente <input type="checkbox"/>		Ayuda Gastos Funerarios por Muerte Accidental <input type="checkbox"/>	Indemnización Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/>
				Suma Asegurada	Deducible	Suma Asegurada	Suma Asegurada
Contratiempos Inesperados <input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**E. Forma de pago.**

Mensual       Trimestral       Semestral       Anual

Sólo con cargo a Tarjeta de Crédito:

**F. Medio de Cobro**

Cargo Tarjeta de Crédito  (Anexar formato de cargo automático)      Cargo domiciliado chequera  (Anexar formato de cargo automático)      Depósito Referenciado -  Ventanilla Bancaria      Caja Prevem

\* El Agente o Intermediario no está autorizado a recibir pagos en Efectivo.

**G. Designación de Beneficiarios - Productos de Accidentes Personales ( Obligatorio ) Productos Gastos Médicos Mayores ( Opcional ).**

**"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."

**Favor de indicar para el (los) plan(es) seleccionados, los beneficiarios por cada asegurado mayor de 18 años.**

Solicitante	Beneficiario			Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	Parentesco	Porcentaje de participación
	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno			
Titular						
Cónyuge						
H1						
H2						
H3						
H4						
H5						

**La suma de participación por solicitante debe ser del 100%**



### H. Información de otros seguros.

¿Le(s) ha(n) sido rechazada, aceptada pero bajo restricciones, o sujeta a una prima mayor a las tarifas estándar alguna solicitud de seguro de gastos médicos, accidentes y/o de vida para cualquiera de los solicitantes?

SI  NO

Sí su respuesta es afirmativa, Favor de explicar:

### I. Reconocimiento de antigüedad

Si tiene alguna póliza de Gastos Médicos Mayores de la que solicite el reconocimiento de antigüedad, indique la fecha de antigüedad solicitada, y anexe-la documentación comprobatoria de acuerdo a la política vigente de la compañía.

	Fecha de Antigüedad			Compañía	N° Póliza
	DD	MM	AAAA		
Titular					
Cónyuge					
H1					
H2					
H3					
H4					
H5					

### J. Cuestionario Médico - Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores

**IMPORTANTE:** Favor de contestar este cuestionario médico considerando la información médica de todos los solicitantes.

**Si no lo declara en esta Solicitud, sus derechos pueden verse afectados conforme al artículo 8 y demás relativos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

Algún solicitante padece o ha padecido alguna (s) de la enfermedades o condiciones que se mencionan a continuación. En caso de responder en forma positiva favor de subrayar la enfermedad o trastorno.

Para las preguntas con respuestas afirmativas o que requieran mayor detalle, favor de llenar la sección K de esta solicitud.

<b>J1</b>	<b>Enfermedades o trastornos de ojos, oídos y nariz: (OJOS):</b> Glaucoma, cataratas, intolerancia ó molestia a la exposición a la luz, estrabismo, desgarro de retina, trasplante de córnea; <b>(OÍDOS):</b> Otitis, disminución auditiva, enfermedades del oído interno; <b>(NARIZ):</b> Rinitis, desviación de tabique, polipos nasales, adenoiditis, escurrimiento nasal o flujo nasal, ronquidos o apnea del sueño, dolor importante en el tracto nasofaríngeo.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J2</b>	<b>Enfermedades o trastornos de la piel:</b> Acné, manchas de nacimiento, dermatitis, infecciones de las uñas, psoriasis, hiperquerosis (descamación), verrugas, mezquinos, lesiones precancerosas, melanomas, herpes, quemaduras de segundo o tercer grado, cicatrices queloides o consultas por cirugía cosmética o reconstructiva, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J3</b>	<b>Enfermedades o trastornos musculo esqueléticos:</b> Trastornos o fractura de huesos, articulaciones, ligamentos, tendones o discos intervertebrales, artritis, fibromialgia, gota, amputaciones, prótesis, traumatismo craneal, dolor de espalda, alteración en la marcha, sensación de debilidad en brazos y piernas etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J4</b>	<b>Enfermedades o trastornos respiratorios:</b> Alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, bronquitis crónicas, colapso pulmonar, empiema, tuberculosis, infecciones por hongos, dificultad respiratoria, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J5</b>	<b>Enfermedades o trastornos digestivos:</b> Afecciones de la boca, garganta o amígdalas, problemas para la masticación, úlceras, hernias o reflujo gastroesofágico, colitis, enfermedad de Chron, síndrome de colon irritable, diarrea crónica, problemas intestinales, poliposis, sangrado rectal, hemorroides, enfermedades de páncreas, enfermedades de vesícula biliar, hepatitis, ictericia, cirrosis, estreñimiento o constipación, desórdenes alimenticios, bypass gástrico o banda gástrica, variaciones en el peso en el último año (perdida o aumento mayor a 10 kg) sin estar relacionado a dieta o ejercicio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J6</b>	<b>Enfermedades o trastornos urinarios:</b> Infecciones renales, afecciones de vejiga, sangrado por orina, incontinencia urinaria, anomalías en la frecuencia urinaria, dificultad para orinar, cistitis, cálculos en riñón o tracto urinario, insuficiencia renal etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J7</b>	<b>Enfermedades o trastornos circulatorios o de corazón:</b> Venas varicosas, flebitis, trombosis, inflamación de vasos linfáticos, dolor torácico, angina de pecho, embolias, arritmias, palpitaciones, soplos, enfermedades de arterias coronarias, aneurisma, infarto o ataque al corazón, insuficiencia cardiaca, cirugía bypass o angioplastia, cirugía de válvula cardiaca, colocación de stent, marcapasos, fiebre reumática etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J8</b>	<b>Enfermedades o trastornos metabólicos o endócrinos:</b> Glándulas suprarrenales, hipofisis, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, desórdenes tiroideos (hipo- hiper), obesidad.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J9</b>	<b>Enfermedades o trastornos del sistema nervioso, o cerebro:</b> Pérdida del conocimiento, desmayos, vértigos, adormecimientos, zumbidos, parálisis, conmoción cerebral, alzheimer, demencia, migraña, dolores de cabeza crónicos, somnolencia, convulsiones, epilepsia, distrofia muscular, alteraciones en los reflejos, lesiones cerebrales.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



**J. Cuestionario Médico - Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores (Continuación)**

<b>J10</b>	<b>Enfermedades o trastornos de la sangre:</b> Anemia, leucemia, desórdenes de la coagulación o púrpuras, hemofilia, alteraciones de plaquetas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J11</b>	<b>Enfermedades o trastornos del sistema reproductor masculino:</b> Infertilidad, bajo conteo de espermatozoides, disfunción sexual, disfunción eréctil, hipertrofia prostática, prostatitis, criptorquidia(testículos no descendidos), enfermedades de transmisión sexual ejemplo: V.P.H ( virus del papiloma humano), sífilis etc. <b>Se ha realizado alguno de estos estudios:</b> a) Antígeno prostático SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J12</b>	<b>Enfermedades o trastornos del sistema reproductor femenino:</b> Infertilidad, dolor pélvico abdominal, alteraciones en la menstruación, endometriosis, quistes de ovario, fibrosis uterina,aborto, fibroadenoma mamario, tumores mamarios, implantes, enfermedades de transmisión sexual ejemplo: V.P.H (virus del papiloma humano), sífilis etc. Alguna de las solicitantes está embarazada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Meses de embarazo: _____ <b>Se ha realizado alguno de estos estudios:</b> a) Papanicolau SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ b) Mastografía y ultrasonido mamario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ c) Densitometría ósea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su ultimo estudio y resultado: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J13</b>	<b>Enfermedades o trastornos relacionados con alteraciones nerviosas del comportamiento mental:</b> Depresión, déficit de atención, síndrome bipolar, desórdenes obsesivos compulsivos, abuso de drogas, alucinaciones visuales y auditivas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J14</b>	<b>Enfermedades o trastornos como cáncer o tumores:</b> quistes, crecimientos o tumores abdominales, enfermedad de Hodgkin, leucemia o cualquier otro cáncer o tumoración maligna, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J15</b>	<b>Enfermedades o trastornos relacionados con defectos de nacimiento o anomalías congénitas:</b> Marcas de nacimiento, autismo, paladar hendido, labio leporino, retraso mental, síndrome de down, malformaciones del cráneo-facial, malformaciones del corazón, riñones, pulmones, parálisis cerebral, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J16</b>	<b>Enfermedades o trastornos del sistema inmunológico:</b> Se enferma de manera constante. <b>Padece alguna de estas enfermedades:</b> lupus, sida, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, dermatitis atópica, síndrome antifosfolipidos etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J17</b>	<b>Se conoce que usted padece o tiene diabetes</b> Desde cuando: _____ Tratamiento actual: _____ Fecha de última toma Glucosa: _____ Resultado: _____ Fecha de última toma hemoglobina glucosilada: _____ Resultado: _____ Ha presentado alguna complicación de diabetes: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J18</b>	<b>Se conoce que usted padece o tiene hipertensión</b> Desde cuándo: _____ Tratamiento actual: _____ Fecha de última toma presión arterial: _____ Cifra: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J19</b>	<b>Se ha realizado alguno de estos estudios:</b> a) Colesterol SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ Está en tratamiento, en caso afirmativo indicar cuál: _____ b) Triglicéridos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de su último estudio y resultado: _____ Está en tratamiento, en caso afirmativo indicar cuál: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J20</b>	¿Alguno de los solicitantes ha recibido atención médica por alguna otra enfermedad o trastorno que no se nombra en este cuestionario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J21</b>	¿Alguno de los solicitantes requiere o ha requerido atención médica por un periodo mayor a dos meses?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J22</b>	¿Alguno de los solicitantes se le ha practicado y/o tiene pendiente pruebas de laboratorio, rayos x, ultrasonido u otros?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J23</b>	¿Alguno de los solicitantes se le ha practicado alguna cirugía o tiene pendiente alguna cirugía o intervención quirúrgica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>J24</b>	¿Alguno de los solicitantes desea considerar algún padecimiento bajo concepto de preexistencia declarada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**K. Cuestionario Médico Extendido ( De la sección anterior J )**

Favor de detallar para cada una de las preguntas del Cuestionario Médico - Sección J que fueron contestadas afirmativamente:

Solicitante	Nº Pregunta	Padecimiento o Enfermedad	Período de la enfermedad (Desde-Hasta)	Tratamiento y Resultado	Estado de Salud Actual

**L. Hábitos Relacionados a la Salud - Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores**

Favor de contestar todas la preguntas según la información de los solicitantes.

L1. ¿Alguno de los solicitantes Fuma o ha Fumado, Cigarrillo, Pipa, o Puro en los últimos dos años? SI  NO

En caso de respuesta afirmativa describa lo siguiente a continuación.

Solicitante	Tipo (Ej. Cigarrillo)	Cantidad (N° Cigarrillos)	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando consume

L2. ¿Alguno de los solicitantes consume o ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses? SI  NO

En caso de respuesta afirmativa describa lo siguiente a continuación.

Solicitante	Tipo (Ej. Whisky)	Cantidad (Ej. N° Copas)	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando ingiere

L3. ¿Alguno de los solicitantes consume o ha consumido algún tipo de droga como Marihuana, Cocaína, Heroína, Metanfetaminas?

En caso de respuesta afirmativa describa lo siguiente a continuación SI  NO

Solicitante	Tipo (Ej. Cocaína)	Cantidad	Frecuencia (Ej. Diaria, mensual)	Fecha desde cuando consume

**M. Actividad Física- Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores - Accidentes Personales**

M1. ¿Alguno de los solicitantes lleva a cabo alguna actividad física? SI  NO

En caso de respuesta afirmativa describa lo siguiente a continuación

Solicitante	Tipo	Frecuencia ( Ej. Diaria, mensual)	Cantidad en Minutos	Fecha desde cuando lo practica

M2. ¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte y/o afición peligrosa? SI  NO

En caso de respuesta afirmativa describa lo siguiente a continuación

Solicitante	Tipo de Deporte o Afición	Forma		Frecuencia
		Profesional	Amateur	Frecuencia ( Diaria, Semanal, Mensual)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPE-SS-MP0517



### N. Información Familiar - Para todos los productos de Gastos Médicos Mayores

En alguno de los solicitantes, existen antecedentes médicos en su familia directa (Padres, Hermanos) de afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, padecimientos congénitos, afecciones reumática o de trastorno mental? SI  NO

En caso de respuesta afirmativa describa a continuación.

Solicitante	Parentesco con el solicitante	Enfermedad(es)	Edad	Estado de salud o causa ( en caso de fallecimiento )

### O. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas - Artículo 492

Usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio Nacional, ha sido jefe de Estado o Gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de Partidos Políticos. SI  NO

En caso afirmativo describa quien y que puesto desempeña o desempeñó \_\_\_\_\_

Periodo durante el cual ejerce o ha ejercido este puesto \_\_\_\_\_

Indicar parentesco o vínculo de la persona referida que tiene con el contratante \_\_\_\_\_

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? SI  NO  Especifique \_\_\_\_\_

Especifique el origen de los recursos para el pago de primas. \_\_\_\_\_

El origen anteriormente señalado de los recursos ¿es una actividad lícita? SI  NO

Puede acreditar la legítima procedencia de los recursos. SI  NO

Con que documentación la acreditaría si le es solicitada por la autoridad. \_\_\_\_\_

Pretende ocultar, encubrir o impedir conocer el origen, localización, destino o propiedad de dichos recursos, derechos o bienes, o alentar alguna actividad ilícita. SI  NO

¿Es usted accionista o socio de una sociedad o asociación? SI  NO  Indicar nombre de la institución o empresa \_\_\_\_\_

Si el contratante es persona moral nacional o extranjera, favor de llenar el formato de Prevem Seguros - Cédula de identificación persona moral nacional o extranjera.

### Aviso de Privacidad

PREVEM SEGUROS S.A. C.V. hace de su conocimiento que los datos personales que ha proporcionado para la celebración del presente contrato de seguro, incluso los sensibles, serán tratados con plena confidencialidad de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su utilización será conforme con dicha Ley y para los fines del contrato. Atento a lo anterior usted autoriza que sea utilizada o transferida a empresas del mismo grupo, relacionadas, asociadas, o a terceros relacionados (nacionales o extranjeros) de manera directa o indirecta, a efecto de hacerle llegar información que puede ser de su interés, así como para fines de identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, cancelación, divulgación, limitación de su uso y revocación de consentimiento a partir del 6 de enero de 2012 mediante solicitud por escrito entregada en cualquiera de sus oficinas de servicio (direcciones disponibles en "www.prevemseguros.com.mx"), o en su oficina matriz, esta última ubicada en Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac. Alc. Álvaro Obregón. Ciudad de México, C.P. 01050

Información del área de datos personales.

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso y el tratamiento de sus datos personales puede contactarnos en el área de datos personales:

- Teléfono: (55) 91782600
- Correo electrónico: derechos.arco@prevemseguros.com.mx
- Domicilio: Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac. Alc. Álvaro Obregón. C.D.M.X., C.P. 01050

Medios a través de los cuales se encuentran a su disposición el aviso de privacidad y sus modificaciones:

En la página www.prevemseguros.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted. En todo caso, recomendamos visite la página de Internet frecuentemente

Quejas

- En caso de diferencias o inconformidades que surjan de los derechos de nuestros Clientes y Usuarios a la protección de sus datos personales, éstos pueden interponer queja correspondiente ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en términos de lo previsto en la Ley.

Prevem Seguros S.A. de C.V. le informará de cualquier modificación al presente aviso, mediante la publicación de un anuncio en su página de internet.

**P. Autorización para proporcionar información médica**

Por este medio autorizo a cualquier Médico, Profesional de la Medicina, Hospital, Clínica, Institución Médica, Compañía de seguro, la oficina de información Médica, o cualquier otra organización, Institución o Persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a proporcionar dicha información a Prevem Seguros S.A. De C.V. (de ahora en adelante la Aseguradora). Una copia de esta Autorización será tan válida como el original. Esta autorización se mantiene válida mientras que cualquier póliza este vigente.

De común acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, enterado (a) de lo anterior y para efectos de esta Solicitud, declaro estar dispuesto a que se me practique a mí o mis dependientes un Examen Médico, si la Aseguradora lo estima necesario. Además, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los Hospitales o Clínicas a los que hayamos ingresado para dicho a proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieren a mi salud o la de mis dependientes.

Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el restablecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que puedan ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento que la Aseguradora lo considere necesario.

Autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado cobertura, proporcionen a la Aseguradora la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que su vez, la Aseguradora 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 pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que sea solicitado por mi persona.

Así mismo autorizo a Prevem Seguros S.A. de C.V. a informarme sobre mi plan o nuevos planes de protección para mí y mi familia contactándome por medio de mis datos personales presentados (correo electrónico, teléfono celular, etc.).

**NOTA IMPORTANTE (Debe leerlo antes de firmar)**

Se previene al Contratante y al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la Solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados, podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del Beneficiario en su caso.

Para efectos que pueda tener esta Solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verdícas y están completas y convengo asimismo, en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta Solicitud se considerarán como necesarias al Contrato de Seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

**“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.”**

Queda convenido que la Aseguradora tendrá treinta (30) días, contados desde la fecha de recepción de esta Solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho periodo no recibimos la aceptación o negativa para esta Solicitud, ni noticia alguna en relación a la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la Aseguradora.

**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 estos productos de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

- Médica Activa:** CNSF-S0112-0249-2019/CONDUSEF-G-00761-004  
con fecha de registro 03 de junio de 2019
- Médica Plus:** CNSF-S0112-0250-2019/CONDUSEF-G-00761-004  
con fecha de registro 03 de junio de 2019
- Médica Catastrófica:** CNSF-S0112-0251-2019/CONDUSEF-G-00761-004  
con fecha de registro 03 de junio de 2019
- Médica Internacional:** CNSF-S0112-0240-2019/CONDUSEF-G-00761-004  
con fecha de registro 24 de mayo de 2019
- Contrat. Inesperados:** CNSF-S0112-0271-2017/CONDUSEF-002064-01  
con fecha de registro 04 de abril de 2017

**Q. Firmas Contratante -Solicitante Titular**

Las firmas constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritas en la Solicitud.

Firma del Contratante	Nombre del Contratante (Letra de molde)	Fecha DD/MM/AAAA
_____	_____	_____
Firma del Solicitante Titular	Nombre del Solicitante Titular (Letra de molde)	Fecha DD/MM/AAAA
_____	_____	_____

R. Información del intermediario			
Nombre del Intermediario del seguro	N° de Intermediario	Participación	Clave Promotor
Intermediario 1			
Intermediario 2			
<p>"Manifiesto que he informado al Solicitante entre otras cosas: del alcance real de las coberturas (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el Cuestionario Médico 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 Aseguradora, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas".</p> <p>Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta Solicitud que afecte la aseguridad de los propuestos asegurados.</p>			
<p>En cumplimiento con la normatividad vigente, declaro que he mantenido una entrevista con el Contratante o con su apoderado legal, a fin de recabar los datos y documentos necesarios para la contratación e inicio de la relación comercial con Prevem Seguros.</p> <p>Manifiesto que tuve a la vista y validé los documentos originales de identificación y comprobante de domicilio, y cuyos datos se consignan en la presente solicitud.</p> <p>Tipo de Identificación _____ Número de Identificación _____ Emisor _____ <small>ej: (INE, SER, Etc.)</small></p> <p>Tipo de Comprobante _____ Folio _____ Institución emisora _____ <small>ej: ( Predial, Agua, Estado de Cuenta de Institución Financiera)      ej: ( Oficina de Tesorería, Comisión de Aguas o equivalente, etc.)</small></p> <p>Fecha de Expedición _____</p>			
Firma del Intermediario 1	Nombre del Intermediario (Letra de molde)	Correo Electrónico Intermediario	Fecha DD/MM/AAAA
Firma del Intermediario 2	Nombre del Intermediario (Letra de molde)	Correo Electrónico Intermediario	Fecha DD/MM/AAAA
Espacio Exclusivo para Prevem Seguros S.A. de C.V.			
Folio Historia Clínica / Examen de Laboratorio		Fecha de Programación	Fecha DD/MM/AAAA
Ejecutivo de Servicio		Código de Ejecutivo de Servicio	
Características de Negocio			
Código Agrupador	Código de Subgrupo	Identificador Empresa	Campaña
Firma del Responsable Oficina Regional	Nombre del Responsable Oficina Regional (Letra de molde)		Fecha DD/MM/AAAA
Oficina			
Canal de registro de la venta			
<p><b>UNE PREVEM (Unidad Especializada de Atención a Usuario)</b> Con gusto atenderemos las aclaraciones o reclamaciones que se han presentado ante nuestra Institución cuya respuesta no ha cubierto sus expectativas, al teléfono 9178 2626 y 9178 2662 y del interior al 01 800 277 3836 o enviar un correo electrónico : atnquejas@prevemseguros.com.mx, con domicilio en Tecoyotitla, No.412, Edif. Arenal, Piso 3. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac. Alc. Álvaro Obregón. Ciudad de México, C.P. 01050.</p> <p>Horario de atención telefónica: De Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 hrs. y Viernes de 8:30 a 15:00 hrs.</p> <p><b>Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)</b> En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la <b>CONDUSEF</b>, con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100 Ciudad de México, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 01 800 999 8080 y 5340 0909</p>			
Exclusiones y Limitaciones			
Los productos ofertados en esta solicitud de seguro, cuentan con exclusiones y limitaciones, mismas que con el alcance de la cobertura provista por el Producto, están a su disposición en la página: <a href="http://www.prevemseguros.mx">www.prevemseguros.mx</a> .			
Condiciones Generales y Manuales			
Me doy por enterado que las Condiciones Generales y Manuales del producto contratado, las podré consultar o descargar de la página de internet de PREVEM ( <a href="http://www.prevemseguros.mx">http://www.prevemseguros.mx</a> ) dentro de la sección de Productos.			