SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA

Esta solicitud debe ser llenada con letra de molde y tinta negra o por computadora. Todos los campos a llenar son obligatorios.
"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".

Datos del Contratante/Titular

Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	(letras, año, mes, día, homoclave) RFC	Correo electrónico	Ocupación

Celular	CURP	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	País de nacimiento

Sexo M ☐ F ☐	Teléfono para localización (clave lada) (teléfono)	Nombre de la Empresa

Domicilio

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia

C.P.	Municipio o delegación	Ciudad o población	Estado

Datos de los asegurados (En caso de ser el mismo domicilio para todos los asegurados, marcar el recuadro de Domicilio)

No.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco
1					M ☐ F ☐	
2					M ☐ F ☐	
3					M ☐ F ☐	
4					M ☐ F ☐	
5					M ☐ F ☐	
6					M ☐ F ☐	
7					M ☐ F ☐	

No.	País de Nacimiento	Nacionalidad	Ocupación	Domicilio ☐
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Personas Políticamente Expuestas

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de Estado o de Gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos. Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

Describa el origen de sus recursos:	Describa el destino de sus recursos:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

Datos de la póliza

Plan	Prima mensual	Monto de descuento	Quincenal ☐	Catorcenal ☐	Vigencia (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)
	$	$	Semanal ☐	Otro ☐	

Declaración del Contratante y Firma de la Solicitud

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Auna Seguros, S.A. a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.
Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Auna Seguros, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados conforme con el Aviso de Privacidad que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en aunaseguros.com.mx.
A través de la presente, en mi carácter de contratante del Seguro autorizo que me sean enviadas las Condiciones Generales, así como la demás documentación contractual relativa al seguro contratado, al correo electrónico que para tales efectos proporcione a Auna Seguros, S.A., Asimismo, manifiesto que me obligo a entregar a cada uno de los asegurados que formen parte la presente póliza de seguro, toda la documentación relativa al seguro.

Firma del Empleado Contratante

Fecha (dd/mm/aaaa)

Observaciones

Datos del Agente

El Agente declara que ha cotejado que la documentación que acompaña la presente solicitud es copia fiel de los originales que tuvo a la vista.

Nombre _____

Correo electrónico _____ Firma del Agente _____

"Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: aunaseguros.com.mx"

"Datos de la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999 y (01800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.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 4 de septiembre de 2018, con el número CNSF-H0714-0026-2018/ CONDUSEF-003383-01".

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

AUNA SEGUROS pone a disposición del Contratante y de los Asegurados su Aviso de Privacidad en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que podrá ser consultado en nuestra página web: **aunaseguros.com.mx** en el apartado de "Políticas de Privacidad" y podrá estar sujeto a cambios, por lo que le recomendamos su consulta de forma frecuente. Asimismo, **AUNA SEGUROS** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

Autorización para descuento Vía Nómina **AUNA SEGUROS**

Institución retenedora	Datos del Empleado Contratante Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	Clave o Número de Empleado Contratante	Monto a descontar $

Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de Gastos Médicos que estoy contratando con Auna Seguros, S.A. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.
Extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y sus renovaciones y me obligo a manifestar por escrito a Auna Seguros, S.A. y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

_____ _____

Firma del Empleado Contratante Fecha (dd/mm/aaaa)

Autorización para descuento Vía Nómina **Retenedor**

Institución retenedora	Datos del Empleado Contratante Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	Clave o Número de Empleado Contratante	Monto a descontar $

Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de Gastos Médicos que estoy contratando con Auna Seguros, S.A. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.
Extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y sus renovaciones y me obligo a manifestar por escrito a Auna Seguros, S.A. y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

_____ _____

Firma del Empleado Contratante Fecha (dd/mm/aaaa)

Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez,
C.P. 03230, Ciudad de México. • Tel. 0155 5002 3102 • 55 5002 3102 • aunaseguros.com.mx

Autorización para descuento Vía Nómina			**Empleado Contratante**
Institución retenedora	Datos del Empleado Contratante Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	Clave o Número de Empleado Contratante	Monto a descontar $

Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de Gastos Médicos que estoy contratando con Auna Seguros, S.A. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.

Extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y sus renovaciones y me obligo a manifestar por escrito a Auna Seguros, S.A. y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

Firma del Empleado Contratante

Fecha (dd/mm/aaaa)