



**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

**FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTÁ SOLICITUD Y SE ANEXAN LOS CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES QUE CONTIENEN LOS DATOS RELATIVOS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO QUE SE ASEGUREN, ASI COMO; LA COTIZACIÓN No. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DE FECHA (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**

**Solicito a Seguros Atlas S.A., en mi carácter de contratante, una póliza de Seguros de Grupo, para lo cual hago las siguientes declaraciones:**

Trámite a realizar	Póliza inicial <input type="checkbox"/>	Póliza de renovación <input type="checkbox"/>	Vigencia de la póliza (dd/mm/aaaa)
Póliza que desea renovar _____			Del / / al / /
Producto solicitado			Con participación de utilidades
Experiencia General <input type="checkbox"/> Experiencia Propia <input type="checkbox"/> Deudor <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Forma de pago de la póliza			¿Requiere sistema autoadministrado? <sup>1</sup>
Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>El sistema autoadministrado se otorgará sólo en caso de que se cumpla con la política de suscripción.

Datos del contratante			
Nombre completo del contratante o razón social			R.F.C.
Domicilio (Calle y No. exterior o interior)		Colonia	
C.P.	Ciudad o población	Alcaldía o municipio	Entidad federativa
Correo electrónico		Teléfono con lada ( )	

Datos del grupo por asegurar	
Giro del negocio	
Número total de personas en el grupo	Número total de personas por asegurar
Características del grupo por asegurar	
Empleados <input type="checkbox"/> Obreros <input type="checkbox"/> Sindicatos <input type="checkbox"/> Asociación civil <input type="checkbox"/> Unión o agrupación de trabajadores <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> (Especificar) _____	
Relación del contratante con los asegurados	
Patrón-Empleados <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Asociación-Asociados <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> (Especificar) _____	
¿En qué circunstancias, varios asegurados pueden verse afectados de forma simultánea por la ocurrencia de un evento relacionado directamente con su actividad dentro de la empresa contratante?	
Incendios <input type="checkbox"/> Desastres naturales <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias tóxicas <input type="checkbox"/>	
Explosiones <input type="checkbox"/> Derrumbes <input type="checkbox"/> Fallas mecánicas/eléctricas <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> (Especificar) _____	
Si el grupo ha estado asegurado anteriormente, proporcione:	
Nombre de la aseguradora: _____	
Vigencia de la póliza (dd/mm/aaaa): Del / / al / /	

<b>2Especificaciones del Subgrupo No. _____</b>	
Elegibilidad (Regla para determinar a los miembros del subgrupo) <sup>3</sup>	
Detalle de la actividad del subgrupo	
Objeto de contratación del seguro	Prestación <input type="checkbox"/> Obligación <input type="checkbox"/>
¿Los asegurados contribuirán en el pago de la prima?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, indicar el porcentaje o monto de contribución de los asegurados en pago de la prima.	Porcentaje _____ Monto \$ _____

<sup>2</sup>En caso de contar con más subgrupos colocar la información correspondiente en hojas anexas con este formato.

<sup>3</sup>La regla que determine en ningún momento podrá ser discriminatoria.

Marque las coberturas, endosos o servicios que se requieran	Suma asegurada o regla para determinarla <sup>4</sup> (en caso de que aplique)
<b>Coberturas</b>	
Fallecimiento (Básica, Obligatoria) <input checked="" type="checkbox"/>	
Suma asegurada por invalidez total y permanente <input type="checkbox"/>	
Seguro Saldado por invalidez total y permanente Ordinario <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>	
Indemnización por muerte accidental <input type="checkbox"/>	
Indemnización por pérdidas orgánicas. Escala "A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/>	
Indemnización por accidente en evento colectivo <input type="checkbox"/>	
Gastos Funerarios Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/>	
Beneficio conyugal <input type="checkbox"/>	
<b>Endosos</b>	
Aviación particular <input type="checkbox"/>	No Aplica
<b>Servicios</b>	
Asistencia funeraria <input type="checkbox"/>	No Aplica

<b>Otras consideraciones</b>	
Para el desempeño de su actividad laboral ¿hace uso de motocicletas o vehículos similares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, ¿Desea solicitar cobertura para este riesgo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Importante:** Anexar la base de datos de número de asegurados en formato electrónico indicando nombre completo, fecha de nacimiento, edad, subgrupo, sexo, fecha de ingreso; y la base de siniestros, en caso de que el grupo hubiera estado asegurado previamente.

<sup>4</sup>En caso de que la regla de suma asegurada sea por meses de sueldo, indicar el número de meses y agregar a la base de datos el sueldo que se tomará por cada miembro del subgrupo.

## **ATENCIÓN, INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

### **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES**

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición (ARCO).

### **EXACTITUD DE DATOS E INFORMACIÓN COMPLETA**

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de requisitar y firmar esta solicitud, de lo contrario, cualquier omisión, falsa o inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegara a celebrarse, independientemente y sin perjuicio que también ocasionará la pérdida de los derechos que se deriven del mismo a favor de los asegurados o beneficiarios aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

### **CONSENTIMIENTO**

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que, en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

### **UNIDAD ESPECIALIZADA**

Ponemos a su disposición la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de Seguros Atlas, S.A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, C.P. 05120, Alcaldía Cuajimalpa, Ciudad de México, con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00; así como nuestra atención telefónica al 55-9177-4990 o al 800-849-3916 y correo electrónico [une@segurosatlas.com.mx](mailto:une@segurosatlas.com.mx) en donde se atenderá cualquier consulta o reclamación relacionada con la contratación del presente producto.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes Sur # 762 Col Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o consulte <http://www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion>; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 55-5340-0999 o al 800-999-8080 y correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

### DECLARACIÓN

Hago constar que me he enterado debidamente de los alcances y limitaciones del producto que se solicita y estoy de acuerdo con sus condiciones generales, las cuales fueron puestas a disposición en la página web de Seguros Atlas, S.A. [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx).

Por este conducto declaramos y aceptamos que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

### ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

Solicito a Seguros Atlas S.A. que la documentación contractual me sea entregada en:

- Papel
- Portable Document Format (PDF), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico proporcionado en la presente solicitud o a través de los medios que disponga Seguros Atlas S.A. para tales efectos, en cuyo caso se le notificará el medio en el que el asegurado pueda disponer de la documentación contractual.

**ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR LO 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.**

Nombre del representante legal	Puesto de la persona que firma como representante legal	Firma del representante legal

**“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 29 de agosto de 2025, con el número CGEN-S0023-0058-2025/CONDUSEF-G-00723-003”.**

**ANEXO**

Llenar por cada Subgrupo adicional.

<b>Especificaciones del Subgrupo No. _____</b>	
Elegibilidad (Regla para determinar a los miembros del subgrupo)	
Detalle de la actividad del subgrupo	
Objeto de contratación del seguro	Prestación <input type="checkbox"/> Obligación <input type="checkbox"/>
¿Los asegurados contribuirán en el pago de la prima?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, indicar el porcentaje o monto de contribución de los asegurados en pago de la prima.	Porcentaje _____ Monto \$ _____

Marque las coberturas, endosos o servicios que se requieran	Suma asegurada o regla para determinarla (en caso de que aplique)
<b>Coberturas</b>	
Fallecimiento (Básica, Obligatoria) <input checked="" type="checkbox"/>	
Suma asegurada por invalidez total y permanente <input type="checkbox"/>	
Seguro Saldado por invalidez total y permanente Ordinario <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>	
Indemnización por muerte accidental <input type="checkbox"/>	
Indemnización por pérdidas orgánicas. Escala "A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/>	
Indemnización por accidente en evento colectivo <input type="checkbox"/>	
Gastos Funerarios Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/>	
Beneficio conyugal <input type="checkbox"/>	
<b>Endosos</b>	
Aviación particular <input type="checkbox"/>	No Aplica
<b>Servicios</b>	
Asistencia funeraria <input type="checkbox"/>	No Aplica

<b>Otras consideraciones</b>	
Para el desempeño de su actividad laboral ¿hace uso de motocicletas o vehículos similares?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, ¿Desea solicitar cobertura para este riesgo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>