Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

Atención, indispensable leer antes de llenar, llene toda la información que se le solicita.

Se previene que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguros, el contratante, el solicitante y las personas por asegurar están obligadas a declarar de conformidad con el cuestionario relativo, 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, pues de lo contrario, cualquier omisión, falsa e inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegare 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Tramite a realizar: ☐ Póliza inicial ☐ Rehabilitación ☐ Cambios en póliza ☐ Alta de asegurados ☐ Póliza de exceso ☐ Conversión No. de póliza: _____

Datos del solicitante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
R.F.C. con homoclave	C.U.R.P.	# serie FIEL (1)	
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de nacimiento	Estado civil	
Nacionalidad	Lugar de nacimiento (indique municipio, estado y país)		
NUE(2) (si es extranjero)	Número de pasaporte (si es extranjero)		
Domicilio que informa ☐ Fiscal ☐ Particular	Domicilio (calle y número exterior e interior)		
Colonia	Ciudad o población	Alcaldía o municipio	
Entidad Federativa	C.P.	Teléfono fijo con lada	Teléfono celular
Correo electrónico	Envío de notificaciones: ☐ Contratante ☐ Solicitante	Ocupación	
Profesión	Empresa o Razón Social donde trabaja	Ingresos mensuales	
Detalle su(s) ocupación(es) o empleos(s) actual(es):	Trabaja en: ☐ Oficina ☐ Comercio ☐ Taller ☐ Fábrica ☐ Otros ¿Cuál? _____		
	Se transporta en: ☐ Automóvil ☐ Transporte urbano ☐ Motocicleta ☐ Otros ¿Cuál? _____		

Para llevar a cabo las actividades relacionadas con su ocupación se transporta en:
☐ Aviones particulares ☐ Aviones comerciales ☐ Helicóptero ☐ Automóvil ☐ Autobús
☐ Motocicleta ☐ Otros ¿Cuál? _____ ¿Cuántas veces al año? _____

Nota (1): # serie FIEL es el número de serie de firma electrónica avanzada, llene esta información sólo si cuenta con ella.
Nota (2): # Número Único de Extranjeros (NUE) es un número asignado por el Instituto Nacional de Migración.

_____
Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Datos del contratante (Persona que pagará la prima, llenar solamente si es diferente al solicitante)

Nombre completo o Razón Social			
R.F.C. con homoclave	C.U.R.P. (llene si es P.F.)	# serie FIEL (3)	Folio mercantil (llene si es P.M.)
Nacionalidad (llene si es P.F.)	Lugar de nacimiento (indique municipio, estado y país llene si es P.F.)		
NUE(4) (si es extranjero)	Número de pasaporte (si es extranjero)		
Domicilio que informa ☐ Fiscal ☐ Particular	Domicilio (calle y número exterior e interior)		
Colonia	Ciudad o población	Alcaldía o municipio	
Entidad Federativa	C.P.	Teléfono fijo con lada	Teléfono celular
Correo electrónico	Ingresos mensuales	Ocupación	Profesión
Detalle la ocupación o giro del contratante	Empresa o Razón Social donde trabaja (llene si es P.F.)		
	Relación que guarda con el solicitante		
Nombre del representante legal (llene si es P.M.)			

Nota (3): # serie FIEL es el número de serie de firma electrónica avanzada, llene esta información solo si cuenta con ella.
Nota (4): Número Único de Extranjero (NUE) es un número asignado por el Instituto Nacional de Migración.
P.F. = Persona Física.
P.M.= Persona Moral.

Planes y coberturas solicitadas

Planes nacionales	Planes internacionales
☐ Plus Elite ☐ Plus ☐ Óptimo ☐ Senior (5)	☐ Mundial
Suma asegurada en UMAM(6):_____	Suma asegurada en dólares: _____
Deducible en UMAM(6):_____	Deducible en dólares: _____
Coaseguro en porcentaje:_____	Coaseguro en porcentaje: _____
Tope de coaseguro en pesos: _____	Tope de coaseguro en dólares: _____
Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos: ☐ Base ☐ Base+50 ☐ Base+100	Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos: ☐ Base ☐ Base+50 ☐ Base+100 ☐ Base+200

Nota (5): El plan Senior solo está disponible para titulares y dependientes mayores de 60 años.
Nota (6): UMAM significa, Unidad de Medida y Actualización Mensual.

_____
Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Coberturas adicionales

☐ Eliminación del deducible en caso de accidente (7)
☐ Incremento de ayuda por maternidad (8) (9)

Señale la ayuda por maternidad deseada

	$20,000	$30,000	$40,000	$50,000
Mundial	No disponible			
Plus Elite				
Plus				
Óptimo			No disponible	

☐ Continuación familiar (9)
☐ Gastos Funerarios (9)
Indique la suma asegurada del:
Titular:_____
Dependientes económicos: _____

☐ Endoso de conversión
☐ Recuperación Activa Atlas
☐ Otras coberturas: _____
_____

Nota (7): Esta cobertura solo está disponible para pólizas nacionales con deducible mayor a 5 UMAM.
Nota (8): El incremento de suma asegurada para la cobertura de ayuda por maternidad, solo aplica para pólizas de renovación.
Nota (9): Las coberturas de ayuda por maternidad, continuación familiar y gastos funerarios no están disponible para el plan Senior.

Vigencia y cobranza

Inicio de vigencia de la póliza	Formas de pago:	Conductos de pago:
Del / / al / /	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual	☐ Pago referenciado ☐ Otro _____

Datos artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF)

	Contratante	Solicitante
¿Usted o su cónyuge o concubina(rio) o pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México o en el extranjero, considerando entre otros ser jefe gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta)?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, indique el nombre del cargo y órgano donde desempeña el cargo:		
Años en el cargo y fecha en la que dejo su cargo:		
Tipo de parentesco y el nombre de la Persona Políticamente Expuesta:		

En caso de que el solicitante o el contratante tengan nacionalidad extranjera, especifique las razones para efectuar un contrato en territorio nacional:

Si el contratante es persona moral, será necesario que llene el Formato Conoce a tu Cliente correspondiente y presente los documentos indicados en dicho formato.

Documentos que debe presentar el solicitante y contratante

Nacional:
- Identificación oficial vigente (anverso y reverso) legible.
- Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses.
- R.F.C. y C.U.R.P.
- Comprobante de inscripción de Firma Electrónica Avanzada (sólo cuando cuente con ella).

Extranjero:
En adición a los documentos requeridos para solicitantes y contratantes nacionales, anexar:
- Pasaporte y/o documento oficial expedido por el Instituto Nacional de Migración que acredite su internación o legal estancia en el México

_____
Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Datos de los dependientes económicos del solicitante que se desean asegurar

Dependiente 1	Nombre(s) y apellidos		Fecha de nacimiento	Sexo
				☐ Femenino ☐ Masculino
	Parentesco	Nacionalidad	Lugar de nacimiento (municipio, estado y país)	
	Profesión		Ocupación	
Dependiente 2	Nombre(s) y apellidos		Fecha de nacimiento	Sexo
				☐ Femenino ☐ Masculino
	Parentesco	Nacionalidad	Lugar de nacimiento (municipio, estado y país)	
	Profesión		Ocupación	
Dependiente 3	Nombre(s) y apellidos		Fecha de nacimiento	Sexo
				☐ Femenino ☐ Masculino
	Parentesco	Nacionalidad	Lugar de nacimiento (municipio, estado y país)	
	Profesión		Ocupación	
Dependiente 4	Nombre(s) y apellidos		Fecha de nacimiento	Sexo
				☐ Femenino ☐ Masculino
	Parentesco	Nacionalidad	Lugar de nacimiento (municipio, estado y país)	
	Profesión		Ocupación	
Dependiente 5	Nombre(s) y apellidos		Fecha de nacimiento	Sexo
				☐ Femenino ☐ Masculino
	Parentesco	Nacionalidad	Lugar de nacimiento (municipio, estado y país)	
	Profesión		Ocupación	

Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Cuestionario médico
En caso de no seleccionar respuesta, se entenderá "Sí"
Dep. significa dependiente económico

	Solicitante	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Indique peso y estatura	_____ Kgs. _____ Mts.	_____ Kgs. _____ Mts.	_____ Kgs. _____ Mts.	_____ Kgs. _____ Mts.	_____ Kgs. _____ Mts.	_____ Kgs. _____ Mts.
1.- ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos dos años?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique: **He disminuido** **He aumentado**	_____ Kgs. _____ Kgs.	_____ Kgs. _____ Kgs.	_____ Kgs. _____ Kgs.	_____ Kgs. _____ Kgs.	_____ Kgs. _____ Kgs.	_____ Kgs. _____ Kgs.
2.- ¿Ha tenido o le han recomendado alguna intervención quirúrgica?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
3.- ¿Actualmente está bajo tratamiento médico?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
4.- ¿En los últimos 12 meses ha recibido o está en busca de tratamiento médico? (por razones ajenas a una revisión de rutina)	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
5.- ¿Ha estado internado, por cualquier causa, en algún hospital en los últimos dos años?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
6.- Alguna vez ha padecido o le han dicho que ha padecido de:						
a) ¿Afecciones cardiacas?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
b) ¿Albúmina, glucosa o sangre en la orina?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
c) ¿Alguna enfermedad mental o del sistema nervioso?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
d) ¿Asma o fiebre del heno?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
e) ¿Cualquier defecto físico?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
f) ¿Diabetes?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
g) ¿Disnea (dificultad para respirar)?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
h) ¿Dolores de cabeza?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
i) ¿Epilepsia?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
j) ¿Flebitis?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
k) ¿Gota?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
l) ¿Hernia (de cualquier clase)?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
m) ¿Hipertensión arterial?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
n) ¿Neurosis?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

_____
Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

	Solicitante	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
o) ¿Reumatismo?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
p) ¿Sífilis o gonorrea?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
q) ¿Tuberculosis?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
r) ¿Tumores o cáncer?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
s) ¿Ulceras?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
t) ¿Várices?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
u) ¿Vértigos, mareos o desmayos?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
7.- Padece o ha padecido alguna enfermedad de:						
¿El apéndice?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿El corazón?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿El estómago?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿El hígado o bazo?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿El oído?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿El recto?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿La columna vertebral?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿La garganta?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿La nariz?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿La vesícula biliar?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿La vista?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Los huesos o articulaciones?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Los intestinos?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Los pulmones?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Los riñones?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
8.- En caso de ser hombre:						
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la próstata?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
9.- En caso de ser mujer:						
Actualmente ¿Está embarazada?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo indique el número de semanas						
¿Padece o ha padecido complicaciones de embarazo?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de los pechos u otros órganos femeninos?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

	Solicitante	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
10.- ¿Le han tomado radiografías, electrocardiogramas, ultrasonidos o resonancia magnética o tiene programada alguna prueba médica?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
11.- ¿Le han practicado o recomendado la prueba para la detección del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo indique, quién se lo recomendó, porqué, fecha del estudio y cuál fue el resultado.						
12.- ¿Cualquier enfermedad, trastorno o lesión distinta a las mencionadas?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Si alguna de las preguntas de este cuestionario es contestada en sentido afirmativo, dé usted detalles en el siguiente cuadro incluyendo: nombre de la persona de quien se da información, enfermedad o lesión, número de ataques, diagnósticos, tratamientos, resultados y grado de recuperación, así como el nombre del médico o médicos tratantes.

Deportes, actividades y/o aficiones

Mencione los deportes, actividades peligrosas y/o aficiones de alto riesgo que cada solicitante practique

Solicitante	Deportes, actividades peligrosas y/o aficiones del alto riesgo	Indique la modalidad (profesional, amateur u ocasional) y la frecuencia con que los practica

Si desea cubrir los deportes, actividades y/o aficiones mencionadas, favor de requisitar el cuestionario correspondiente para su valoración.

Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Preguntas adicionales (En caso de respuesta afirmativa, favor de dar detalles y especificar si es solicitante, cónyuge o hijo)

1.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, tienen en proyecto algún viaje al extranjero? (En caso afirmativo, especifique, lugar, fecha, duración y motivo).
2.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, ha padecido en los 2 últimos años infecciones crónicas (diarrea, pulmonía, etc.)? (En caso afirmativo especificar cuáles).
3.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, ha recibido transfusiones sanguíneas en los 2 últimos años? (En caso afirmativo indicar la causa, número de transfusiones y fecha).
4.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, alguna vez ha consumido: marihuana, heroína, morfina, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, o cualquier otro tipo de drogas? (En caso afirmativo señalar fecha de inicio, tipo de droga y última ocasión).
5.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, fuma? (En caso afirmativo especifique hace cuánto tiempo y número de cigarros al día).
6.- ¿Usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, consume bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo especifica que tipo, cantidad y frecuencia).
7.- ¿Usted o sus dependientes tiene contratada(s) o tramitando en esta Compañía alguna(s) otra(s) póliza(s)? (En caso afirmativo indique tipo de seguro, número(s) de póliza(s) o número(s) de trámite(s)).
8.- ¿A usted o alguno de sus dependientes económicos incluidos en esta solicitud, le han rechazado, pospuesto, limitado o señalado extraprima en otras compañías? (En caso afirmativo explicar por qué y en qué compañía Aseguradora).

Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

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 en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición).

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.

Autorizo a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., toda la información que se requiera; resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra solicitud de seguro y en su caso para todo lo relacionado con el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevo de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he requisitado solicitudes de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se deriva de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento.

_____

Firma del solicitante

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

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 en los teléfonos 55-9177-5220 o 800-849-3916 y correo electrónico 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 su oficina ubicada en Av. Insurgentes Sur # 762 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez o consulte www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones; 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

SOLICITANTE/CONTRATANTE: 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 me fueron puestas a disposición en la página web de Seguros Atlas, S.A. www.segurosatlas.com.mx.

SOLICITANTE/CONTRATANTE: Acepto que en caso de que sea admitido el contrato de seguro e incumpla con el pago de la prima en cualquiera de sus modalidades, el mencionado contrato de seguro cesará en sus efectos de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

SOLICITANTE/CONTRATANTE: 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.

SOLICITANTE/CONTRATANTE: Como solicitante declaro que conozco el estado de salud de los dependientes al momento de la firma de esta solicitud.

AGENTE/ SOLICITANTE/CONTRATANTE: Declaramos bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo agente de seguros celebre la entrevista personal con el cliente ó su apoderado, a fin de recabar los datos y documentos de identificación respectivos, asimismo la información contenida en este documento es verídica y que los documentos proporcionados por el cliente, fueron cotejados contra los originales atento a lo dispuesto por el Art. 492 de la LISF, mismos que Seguros Atlas, S.A. puede corroborar cuando lo considere necesario.

SOLICITANTE/CONTRATANTE: Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo cliente/contratante (o representante) de seguros celebre la entrevista personal con el agente y que la información contenida en este documento es verídica, que los documentos proporcionados son verídicos y fieles a los originales, mismos que Seguros Atlas, S.A. puede corroborar cuando lo considere necesario.

SOLICITANTE/CONTRATANTE: Solicito a Seguros Atlas, S.A. que me entregue la documentación contractual en: ☐ **PDF (Portable Document Format)** ☐ **Papel**

Nombre y firma del contratante	Nombre y firma del solicitante	Nombre y firma del agente

Lugar y fecha

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Estimado solicitante; en cumplimiento a lo establecido en el Art. 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas en vigor, me permito informar a usted lo siguiente:

Nombre completo del agente	Tipo de autorización
Número de cédula y vigencia	Domicilio

Asimismo, conforme a la disposición convocada, le hago saber:

1.- Que no cuento con facultades de representación de Seguros Atlas, S.A. para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

2.- Que solo podré cobrar primas contra recibo oficial expedido por Seguros Atlas, S.A. y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por esta.

3.- Que deberá usted llenar el cuestionario requerido por Seguros Atlas, S.A. señalando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan.

4.- Que se da por enterado del alcance de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de solicitud de seguro que proporcione la institución aseguradora que entregó a usted en este acto.

Nombre y firma del contratante	Nombre y firma del solicitante	Nombre y firma del agente

Lugar y fecha

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Para aspectos internos de la compañía (La siguiente información debe ser requisitada por el agente)

1.-¿Cuánto tiempo hace que conoce a las personas por asegurar y/o solicitante? _____

2.- Si lo conoce recientemente, indique ¿Quién se lo refirió? _____

3.- ¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? ☐ Si ☐ No

4.- Le consta que el solicitante llenó y firmó de su puño y letra esta propuesta en su presencia ☐ Si ☐ No

Hacemos de su conocimiento que de conformidad con lo dispuesto en la fracción II. del artículo 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se le impondrá la pena y multa que al efecto disponga la autoridad a:

"II. Los agentes de Seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a una institución de seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro".

Clave agente	Nombre completo del agente	Clave promotoría	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 12 de noviembre de 2021, con el número CGEN-S0023-0093-2021/ CONDUSEF-G-00697-007.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx