

Solicitud de seguro de gastos médicos mayores grupo

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.

En mi carácter de contratante, solicito la celebración de un contrato de seguro para lo cual hago las siguientes declaraciones:

Nombre o razón social del contratante

Domicilio

Calle y número

Colonia

Ciudad / Estado

C.P.

Giro de la empresa

Actividad de la colectividad asegurable:

Número de personas que forman la empresa

Número de personas que forman parte de la póliza

En caso de ser seguro contributivo con qué porcentaje contribuirá al pago de la prima correspondiente cada miembro del grupo asegurable:

Vigencia de la póliza

Moneda

Desde Día | Mes | Año Hasta Día | Mes | Año

Nacional Dólares

Forma de pago

Coberturas

Anual Semestral Trimestral

Plan nacional Plan internacional

Forman parte integrante de esta solicitud y se anexan los consentimientos individuales que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad que se asegura. Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones generales que se anexan a esta solicitud y que contiene la póliza.

De interés para el solicitante, debe leerlo antes de firmar: Se previene al proponente que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro debe aclarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, podrá originar la rescisión del contrato de seguro.

Firmado en:

a

de

de

Clave del agente

Nombre del agente

Firma del agente

Firma del contratante

(Para aspectos internos de la compañía)

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 38B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por oficio No. 06-367-I-1.1/22455 EXP. 732.2 (S - 170)/1 de fecha 22 de octubre de 1996.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A.

• Blvd. Manuel Avila Camacho No. 126 Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Tel. 5284 1000 5284 1042 Fax: 5202 3467