

Solicitud de Póliza Paquete integral de accidentes y protección de ingresos

Póliza maestra	
Folio	
Dependencia/Empresa	
Empleado No.	
Fecha	

Datos del titular asegurado o contratante							
Nombre completo				Fecha de nacimiento			
Domicilio							
Edad		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado civil			
Ocupación			Tel. Particular			Tel. Oficina	
Empresa						Otros datos	
No. de hijos		R.F.C.		Correo electrónico			

Coberturas	Planes y sumas aseguradas						Prima
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F	
1. Seguro de muerte accidental	<input type="checkbox"/> 300,000.00	<input type="checkbox"/> 400,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00	<input type="checkbox"/> 600,000.00	<input type="checkbox"/> 700,000.00	<input type="checkbox"/> 1,200,000.00	\$
- Pérdidas orgánicas escala "A"	<input type="checkbox"/> 120,000.00	<input type="checkbox"/> 160,000.00	<input type="checkbox"/> 200,000.00	<input type="checkbox"/> 240,000.00	<input type="checkbox"/> 280,000.00	<input type="checkbox"/> 480,000.00	
- Ayuda por 12 meses para educación	<input type="checkbox"/> 1,500.00	<input type="checkbox"/> 2,000.00	<input type="checkbox"/> 2,500.00	<input type="checkbox"/> 3,000.00	<input type="checkbox"/> 3,500.00	<input type="checkbox"/> 6,000.00	
- Ayuda por 12 meses para gastos del hogar	<input type="checkbox"/> 3,000.00	<input type="checkbox"/> 4,000.00	<input type="checkbox"/> 5,000.00	<input type="checkbox"/> 6,000.00	<input type="checkbox"/> 7,000.00	<input type="checkbox"/> 12,000.00	
2. Seguro contra el Cáncer	<input type="checkbox"/> 125,000.00	<input type="checkbox"/> 150,000.00	<input type="checkbox"/> 200,000.00	<input type="checkbox"/> 300,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00		\$
3. Indemnización diaria por hospitalización	<input type="checkbox"/> 300.00	<input type="checkbox"/> 400.00	<input type="checkbox"/> 500.00	<input type="checkbox"/> 1,000.00	<input type="checkbox"/> 1,500.00		\$
- Indemnización diaria por terapia intensiva	<input type="checkbox"/> 600.00	<input type="checkbox"/> 800.00	<input type="checkbox"/> 1,000.00	<input type="checkbox"/> 2,000.00	<input type="checkbox"/> 3,000.00		
4. Protección contra graves enfermedades	<input type="checkbox"/> 100,000.00	<input type="checkbox"/> 150,000.00	<input type="checkbox"/> 200,000.00	<input type="checkbox"/> 300,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00		\$
5. Pérdida de ingresos por accidente							\$
- Invalidez total y permanente por accidente	<input type="checkbox"/> 100,000.00	<input type="checkbox"/> 200,000.00	<input type="checkbox"/> 300,000.00	<input type="checkbox"/> 400,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00		
- Invalidez total y temporal por accidente	<input type="checkbox"/> 3,000.00	<input type="checkbox"/> 6,000.00	<input type="checkbox"/> 9,000.00	<input type="checkbox"/> 12,000.00	<input type="checkbox"/> 15,000.00		
- Invalidez temporal parcial por accidente	<input type="checkbox"/> 1,200.00	<input type="checkbox"/> 2,400.00	<input type="checkbox"/> 3,600.00	<input type="checkbox"/> 4,800.00	<input type="checkbox"/> 6,000.00		
6. Gastos funerarios	<input type="checkbox"/> 25,000.00	<input type="checkbox"/> 50,000.00	<input type="checkbox"/> 75,000.00	<input type="checkbox"/> 100,000.00	<input type="checkbox"/> 125,000.00		\$
- Titular, cónyuge e hijos menores de 25 años	<input type="checkbox"/> 13.00	<input type="checkbox"/> 26.00	<input type="checkbox"/> 39.00	<input type="checkbox"/> 52.00	<input type="checkbox"/> 65.00		
- Titular, cónyuge e hijos menores de 25 años y padres menores de 69 años	<input type="checkbox"/> 53.00	<input type="checkbox"/> 106.00	<input type="checkbox"/> 159.00	<input type="checkbox"/> 212.00	<input type="checkbox"/> 265.00		
- Titular soltero y padres menores de 69 años	<input type="checkbox"/> 46.00	<input type="checkbox"/> 92.00	<input type="checkbox"/> 138.00	<input type="checkbox"/> 184.00	<input type="checkbox"/> 230.00		
7. Educación extensivo al cónyuge	<input type="checkbox"/> 180,000.00	<input type="checkbox"/> 360,000.00	<input type="checkbox"/> 400,000.00	<input type="checkbox"/> 450,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00		\$
8. Seguro de accidentes personales con reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> 100,000.00	<input type="checkbox"/> 200,000.00	<input type="checkbox"/> 300,000.00	<input type="checkbox"/> 400,000.00	<input type="checkbox"/> 500,000.00		\$
- Muerte accidental							
- Pérdidas orgánicas escala "B"	<input type="checkbox"/> 40,000.00	<input type="checkbox"/> 80,000.00	<input type="checkbox"/> 120,000.00	<input type="checkbox"/> 160,000.00	<input type="checkbox"/> 260,000.00		
- Reembolso de Gastos Médicos en caso de accidente	<input type="checkbox"/> 25,000.00	<input type="checkbox"/> 50,000.00	<input type="checkbox"/> 75,000.00	<input type="checkbox"/> 100,000.00	<input type="checkbox"/> 125,000.00		
- Deducible	<input type="checkbox"/> 200.00	<input type="checkbox"/> 400.00	<input type="checkbox"/> 600.00	<input type="checkbox"/> 800.00	<input type="checkbox"/> 1,000.00		
9. Asistencia							\$
1 Subtotal							\$

Consentimiento: De conformidad con lo establecido en el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro mediante, la firma del presente documento otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro con Chubb Seguros México, S.A., expedida a favor del Contratante, cuya suma asegurada asciende a la cantidad seleccionada en el recuadro de cobertura y planes del presente documento, así mismo manifiesto que conozco el contenido y alcance de las condiciones generales y particulares del contrato de seguro.

Designo como Beneficiarios de la suma asegurada por fallecimiento muerte accidental, gastos funerarios y educación a las personas que a continuación se detallan:

Beneficiarios para el titular:

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	% Asignado
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Advertencia: En caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, 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 debido a que las legislaciones civiles previene la forma en que deben asignarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares no consideran el contrato del 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 nombre 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 la Suma Asegurada.

Familiares:

Personas a las que desea hacer extensivo el beneficio							
Nombre completo del Beneficiario	Fecha de nac.			Cobertura	Plan	Parentesco	Prima
	D	M	A				
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
2 Subtotal						\$	

Asegurados adicionales plan de gastos funerarios						
Nombre completo del Asegurado	Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco
	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	D	M	A	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Beneficiarios para familiares:

Nombre Asegurado	Nombre Beneficiario	Parentesco	% Asignado
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Prima total 1 + 2 = \$			

Autorización retención por nómina **Retención por nómina** Semanal Quincenal Mensual

Autorizo a Chubb Seguros México, S.A. a inscribirme a la(s) Coberturas y Planes arriba mencionados y autorizo que la prima total correspondiente, la cual es de mi conocimiento, sea retenida de mi nómina.

Prima Total con 16% I.V.A.
En caso de duda o siniestro:
Chubb Seguros México, S.A.,
 Av. Paso de la Reforma No. 250,
 Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez,
 Alcaldía Cuauhtémoc,
 C.P. 06600, Ciudad de México.
 Tel. 800 223 2001



Nombre completo y firma del titular

Chubb Seguros México, S.A.

Clave

Nombre y firma del asesor