



FONDO DE BECAS ORFANDAD ITCY A.C.

CICLO ESCOLAR 2017-2018

Desde el ciclo escolar 2010-2011, se constituyó la asociación sin fines de lucro Fondo de Becas Orfandad ITCY A.C. con el propósito de apoyar a las familias en el lamentable caso del fallecimiento del padre, la madre o el tutor.

El siguiente documento establece las bases del programa. Con el fin de hacerlo lo más didáctico posible, se ha redactado en forma de preguntas y respuestas. Quienes estén interesados en adquirir esta protección para sus hijos, deberán imprimir o solicitar en Recepción la Carta de Adhesión al Programa y el Cuestionario Médico llenarlos y entregarlos -en las fechas señaladas- en la Caja del ITCY al realizar el pago para poder procesar su solicitud. Los mecanismos de pago son explicados al final de este documento.

Cualquier duda, favor de comunicarse al correo becasityc@ityc.edu.mx con gusto las resolveremos.

¿POR QUÉ PARTICIPAR EN UN SEGURO DE ORFANDAD?

Sólo hay un evento en la vida que es absolutamente previsible, sólo un evento futuro lo podemos conocer con total certeza: en algún momento nuestra vida concluirá. Otra verdad irrefutable es que la muerte no avisa, llega de pronto, de manera sorpresiva, abruptamente. No sabemos cuándo llegará este momento ni tampoco en qué condiciones.

Es común escuchar que la única herencia que les dejamos a nuestros hijos es su educación. Esta es la única plataforma que tendrán ellos para construir mejores alternativas laborales que les permitan tener una buena calidad de vida. Al egresar del ITCY, nuestros estudiantes ingresan a las mejores universidades. Esto les abre las puertas a las mejores oportunidades de trabajo y por tanto, a un mejor ingreso que les permita una vida digna y holgada. Todos los padres deseamos esto para nuestros hijos.

Visto así, la protección que podamos dejarles para garantizar su bienestar y futuro, debe ser una prioridad, ya que en el lamentable caso de que repentinamente ya no estemos, ellos quedarían sin la posibilidad de una educación de élite y por tanto, este anhelo nunca se concretará. Siendo nosotros el sostén económico que mantiene el privilegio de estudiar en un colegio como el ITCY, al momento de fallecer, les quitamos esta plataforma.



El seguro de orfandad es una protección que garantiza que en el momento en que fallezcamos, este deseo quedará totalmente blindado y por tanto, será una realidad, aun cuando nosotros ya no estemos. Si protegemos a nuestros hijos, su futuro queda garantizado.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

1. ¿Cómo funciona el seguro?

Al adherirse al programa y pagar la cuota, el padre, madre o tutor, automáticamente protege a sus hijos. En caso de fallecimiento quien se haya registrado, la educación por el resto de su estancia escolar dentro del ITCY hasta que termine 6º de preparatoria de queda garantizada. Si el adherente fallece, el hijo no interrumpe sus estudios.

2. ¿Se requiere un mínimo de inscritos al programa?

Sí. Se necesita de la participación de todos los padres de familia para mantener las cuotas bajas. Un seguro de este tipo -colectivo- es mucho más accesible que adquirirlo de manera particular. Como en cualquier convenio colectivo, entre más registros haya, el costo es menor. Las cuotas actuales señaladas en este documento las establece la compañía de seguros y son requeridos 400 alumnos registrados. En caso de ser menos, el programa tendría que cancelarse ya que las cuotas se incrementarían significativamente.

3. ¿Qué cubre el seguro?

Las inscripciones y colegiaturas por el resto de su estancia escolar dentro del ITCY hasta que concluya sus estudios en 6º de preparatoria. NO están considerados, uniformes, campamentos, útiles y libros escolares, actividades vespertinas, guardería y demás cuotas de cualquier naturaleza.

4. ¿Quiénes son susceptibles de adherirse al programa?

Papá, mamá, o tutor legal. En este último caso, se deberá comprobar la tutoría a través de un documento notarial.

5. ¿Puede otro familiar o una persona ajena a la familia ser el registrado?

No. Esto se debe a la posibilidad de que haya fraudes. Si un tercero ajeno a la familia es el sostén del alumno, deberá otorgar los recursos al padre, madre o tutor y cualquiera de estos últimos realizar el pago. Serán los padres o tutor los únicos adherentes al programa.

6. ¿Se pueden adherir al programa quienes tengan o hayan tenido ciertos padecimientos?

Depende del tipo de padecimiento. Al momento de registrarse, se responde un cuestionario que sirve para que el seguro determine la procedencia o improcedencia del caso. En algunas circunstancias, la compañía de seguros podrá solicitar un examen diagnóstico médico adicional para confirmar del estado de salud del solicitante. En cualquier caso, la compañía podrá rechazar la adhesión al programa si así lo considera.

El seguro no cubre el pago de siniestros por las siguientes enfermedades preexistentes aun cuando ya se haya dado de alta al paciente: diabetes, leucemia, cáncer, VIH/ sida, insuficiencia renal, enfermedades del cerebro y/o mentales, hipertensión arterial, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, problemas de hígado, alcoholismo y/o drogadicción, enfisema pulmonar, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple. Tampoco cubre a personas con incapacidad.

7. ¿Hay un límite de edad para poder adquirir el seguro?

Sí. Padres de familia mayores a **65 años** no pueden formar parte de este programa.

8. ¿Cubre el seguro la muerte por provocada, asesinato o riñas no provocadas?

Sí

9. ¿Cuánto cuesta? ¿Qué tipos de planes hay?

Depende del tipo de plan y del grado escolar en que se encuentren sus hijos. La siguiente tabla indica los costos por cada uno de los hijos.

a. **Plan Individual:** cubre el fallecimiento del sostén económico (padre o madre). Solamente uno.

b. **Plan conyugal:** cubre el fallecimiento de cualquiera de los dos.

TABLA DE CUOTAS INDIVIDUALES POR GRADO ESCOLAR Y TIPO DE PLAN

Departamento	Plan Individual	Plan Conyugal
Maternal y Jardín de niños	\$2,750.00	\$3,700.00
Primaria baja (1º a 3º)	\$2,470.00	\$3,450.00
Primaria alta (4º a 6º)	\$2,330.00	\$3,200.00
Secundaria	\$1,800.00	\$2,700.00
Preparatoria	\$1,150.00	\$1,600.00

Montos válidos sólo del 19 al 28 de junio

Observe el siguiente ejemplo:

Tomando como ejemplo a un alumno de Maternal, el seguro cubriría un monto total de **\$3,029,694.51 pesos** para resguardar las inscripciones y colegiaturas de sus próximos 17 años (considerando un aumento anual aproximado del 6%). Compárelo usted contra el costo del seguro en Plan Individual o Plan Conyugal. Analice la diferencia. Pregúntese ¿Cuánto me cuesta el seguro en relación al beneficio que recibiría mi hijo Haga usted su propio cálculo. Sume las inscripciones y colegiaturas de todos los grados que le faltan a su hijo y compárelo con el costo del plan que le corresponda. ¿Qué es mayor: el costo del seguro o el beneficio recibido? ¿Cuántas veces mayor es el beneficio en relación al costo? ¿Vale la pena el pago del seguro en relación a lo que mi hijo recibiría en caso de que yo fallezca?



En este ejemplo, se puede ver claramente que el beneficio obtenido es sustancialmente mayor al costo del seguro:

- Es **1,101 veces mayor** el beneficio en comparación al costo del plan individual.
- Es **818 veces mayor** el beneficio en comparación al costo del plan conyugal.

10. ¿En caso de que muera el adherente, es necesario seguir pagando las cuotas del seguro los siguientes años?

No. El pago de las cuotas futuras del seguro se suspende.

11. ¿Cómo hay que pagarlo?

El pago debe hacerse en una sola exhibición, y se deberá realizar un pago por cada uno de los hijos inscritos en la Caja del ITCY. Deberá hacerse con cheque a nombre de Fondo de Becas Orfandad ITCY A.C. en la Caja del ITCY.

12. ¿A partir de qué mes empieza a cubrir la protección?

Fondo de Becas Orfandad ITCY A.C. hace el pago a la compañía de seguros en el mes de julio y la póliza tiene una vigencia de 12 meses a partir de ese mes.

13. ¿Se devuelve dinero si el alumno se retira por cualquier motivo durante el ciclo escolar?

No. Las aportaciones son ABSOLUTAMENTE IRREVOCABLES.

14. ¿Pueden perderse los beneficios?

Sí. Estos beneficios son únicamente para algunos alumnos inscritos en el ITCY, por tanto, se perderán si se separan POR CUALQUIER MOTIVO del Instituto. Los beneficios se pierden también en caso de que el adherente haya mentido, manipulado, procurado engañar, ocultado información sobre su estado de salud al momento de incorporarse al programa. En este caso, por ley, el seguro se anula automáticamente.

15. ¿Qué requisitos hay para inscribirse al programa?

1. Cubrir con las exigencias de la compañía de seguros.
2. Imprimir o solicitar en Recepción la Carta de Adhesión al Programa y el Cuestionario Médico, llenarlos y entregarlos en Caja al momento de realizar el pago.
3. Realizar el pago o entregar las fichas de depósito o los comprobantes de transferencia junto con su documentación en Caja ITCY.

16. ¿Qué debo hacer y qué documentos se deben entregar en caso de presentarse el fallecimiento del adherente?

Lo primero es dar aviso al ITCY para que el colegio de inmediato contacte a la aseguradora. De inmediato se hará una reunión dentro del colegio entre la aseguradora y el responsable del menor para coordinar y organizar la entrega de la documentación requerida. La compañía de seguros hará saber al padre de familia todos los documentos necesarios para procesar el trámite. Estos documentos son un requisito y por tanto, mientras no se entreguen en tiempo y forma, de conformidad con lo que la compañía establezca, el seguro no tendrá efecto. Las colegiaturas pendientes de pago mientras se desahoga el trámite, deberán cubrirse en su totalidad. Éstas serán reembolsadas una vez que la compañía resuelva a favor del beneficiario. Es importante conservar el recibo de pago impreso a Fondo de Becas Orfandad ITCY A.C.

17. ¿A partir de cuándo debo pagar?

Se recibirán los pagos del **19 al 28 de junio**. Pasando esta fecha, NO se recibirán aportaciones sino hasta del 1º al 10 de septiembre y así consecutivamente del 1º al 10 de cada mes. En este caso, los alumnos quedarán protegidos a partir de la fecha del pago, y se deberá solicitar a Caja el importe proporcional a pagar.



MECANISMO DE REGISTRO Y PAGO

1. **ADHESIÓN AL PROGRAMA:** Los padres de familia deberán imprimir o solicitar en Recepción la Carta de Adhesión al Programa y el Cuestionario Médico, llenarlos y entregarlos en Caja ITCY al hacer su pago.
2. **MEDIO DE PAGO:** El pago podrá hacerse en la Caja del ITCY con cheque, depósito en ventanilla en cualquier sucursal Bancomer cuenta 0173383350 o bien vía Internet a Bancomer con la CLABE 012180001733833503, a nombre de Fondo de Becas Orfandad ITCY A.C. En los dos últimos casos -depósito en ventanilla e interbancario vía Internet- el padre de familia debe presentar en Caja ITCY su comprobante de pago, la Carta de Adhesión y el Cuestionario Médico para finalizar la inscripción.
3. **FECHA DE PAGO:** Los pagos se realizarán del **19 al 28 de junio 2017**. Con la intención de quedar protegidos ANTES del período vacacional, el 100% de las cuotas deberán estar cubiertas en su totalidad para esta fecha. Pasando esta fecha, solicitando previamente el importe proporcional en Caja ITCY considerando que el alumno quedará protegido a partir de la fecha del pago.
4. **Las cuotas son unitarias**, es decir, por cada uno de sus hijos -todos ellos deben quedar registrados-, son irrevocables y deben cubrirse en una sola exhibición. El monto es de acuerdo al grado escolar del hijo y al tipo de plan.
5. **Fondo de Becas Orfandad ITCY y la Aseguradora establecieron dos tipos de planes**; las familias deberán escoger el que más se ajuste a sus intereses. Los costos se detallan en el inciso 9 de esta circular.

NOTAS IMPORTANTES

- Deberá imprimir o solicitar en Recepción del ITCY en Cuestionario Médico y la Carta de Adhesión. La Aseguradora nos ha informado que quiere de manera forzosa contar con un registro escrito del padre interesado. Por tanto, este registro es OBLIGATORIO. Aun cuando el padre haya hecho el pago de la cuota, SIN esta documentación debidamente requisitada y entregada, el seguro NO lo considera como alta y por tanto, no cubre los beneficios.
- Les recordamos que el rol de tutores es un nombramiento jurídico y por tanto, en el lamentable caso de fallecimiento, el seguro requiere la acreditación legal del mismo a través de un documento notarial.
- Es importante mencionar que quienes hayan realizado los pagos con cheques que sean devueltos por falta de fondos, NO quedarán registrados en el programa de protección de orfandad hasta que hayan cubierto la cuota con su respectivo recargo de ley.
- Les recordamos que este plan y sus respectivos costos solo serán posibles siempre que haya al menos 400 alumnos inscritos en el programa. En caso de que este número no se cubra, se deberá cancelar de manera definitiva todo tipo de apoyo a la orfandad ya que las cuotas se elevarían sensiblemente.
- En caso de fallecimiento, para no perder los beneficios el responsable del menor deberá cumplir con los tiempos establecidos por la aseguradora para el desahogo de los trámites administrativos. Del mismo modo, es condición necesaria entregar toda la documentación requerida tal como se menciona en el punto 16 de este documento.

Los alumnos de nuevo ingreso que se inscribieron para iniciar clases a partir del ciclo 2017-2018 solo podrán adicionarse a la póliza del 1º al 10 de septiembre, solicitando los costos proporcionales en la Caja del ITCY.

Recordemos que los imprevistos suceden en cualquier momento y sin previo aviso. Estamos seguros que con este plan, muchos padres podrán construir una sólida protección para sus hijos, y participarán en él de la misma forma que lo hicieron el ciclo escolar actual.

Cualquier duda, favor de escribir a becasityc@ityc.edu.mx con gusto responderemos todas sus inquietudes.



16 de junio de 2017.

FONDO DE BECAS ORFANDAD ITYC A.C.

Estimados padres de familia:

Anexo a la circular se adjuntaron los formatos que deben imprimir, llenar y entregar en la Caja Ityc al presentar su pago; se incluye:

La Carta de Adhesión: Se debe llenar una carta por familia y si se aseguran los dos papás deberán firmarla los dos.

El Cuestionario Médico: Se debe llenar un cuestionario por cada alumno y por cada papá asegurado.

En la parte final del Cuestionario Médico viene la sección de firmas, **los papás deben firmar en nombre y firma del asegurado titular.**

El contratante es Fondo de Becas Orfandad ITYC, A.C.

Ejemplo:

Si tenemos 2 hijos y se aseguran los 2 papás se presentan:

1 Carta de Adhesión por toda la familia firmada por los dos papás que quedarán asegurados.

4 Cuestionarios Médicos: 2 con los datos y firma de mamá (uno para cada hijo)
 2 con los datos y firma de papá (uno para cada hijo)

Quedamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración en el correo becasityc@ityc.edu.mx

Atentamente,

Miss Patricia Hernández Echeverría
Dirección de Administración y Contabilidad

ANEXO A

Del documento Fondo de Becas Orfandad ITYC AC ciclo 2017-2018

Entregar sólo en caso de estar interesado

Carta de adhesión al Programa de Fondo de Becas Orfandad ITYC A.C.

Fecha: _____

De acuerdo al documento Fondo de Becas Orfandad ITYC A.C. ciclo 2017-2018, del cual este anexo es parte integral, confirmo y ratifico que lo he leído y que conozco las condiciones y características del programa, las cuales acepto plenamente y en su totalidad de manera libre y voluntaria.

Deseo, por tanto, adherirme al programa Fondo de Becas Orfandad ITYC A.C.

Estoy consciente que la compañía de seguros puede solicitarme un examen médico si así lo considera y que **mi solicitud pudiera resultar en una negativa o en el pago de una extra prima, según lo considere la propia compañía.**

Estoy plenamente consciente que en caso de fallecimiento, se deberán entregar todos los documentos que la compañía de seguros exija en los tiempos indicados para que el pago del seguro tenga efecto y no se pierdan los beneficios.

Número de familia: _____ (si no conoce su número de familia, solicítelo en Caja).

Tengo _____ hijos.

Nombre completo de los hijos: _____ Grados que cursarán el próximo ciclo: _____

Nombre completo de los hijos:	Grados que cursarán el próximo ciclo:

Plan a elegir **para todos los hijos** (tachar con una X el plan seleccionado):

Plan Individual: _____

Fallecimiento de un (1) padre o tutor

Plan Conyugal: _____

Fallecimiento de cualquiera de los dos padres

(Si escogió Plan Conyugal, se necesita la rúbrica de los dos padres o padre y tutor)

Al firmar esta adhesión, acepto las condiciones del Seguro de Orfandad las cuales declaro conocer en su totalidad.

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Datos del asegurado titular

Nombre del contratante			No. Póliza (en caso de tener)		
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		R.F.C o CURP (Obligatorio)		Nacionalidad	
Estado Civil					
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Tel. particular con lada ()		Tel. oficina con lada ()	
Domicilio (Calle, No. exterior e interior)			Colonia		C.P.
Delegación o Municipio		Ciudad		Población/Estado	
				Correo Electrónico (Obligatorio)	
Profesión u Ocupación		Detalle actividad o giro del negocio			Ingresos mensuales

Datos de los asegurados dependientes (llenar sólo las personas por asegurar)

#	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Sexo	Fecha de nacimiento	Parentesco
1				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
2				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
3				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
4				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

Historia familiar	Cáncer	Diabetes	Enfermedades del Corazón	Presión arterial alta	Enfermedades de los riñones	Enfermedades mentales	Otras importantes
Indique si en su familia ha habido los siguientes casos:							
Asegurado titular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Asegurado dependiente 1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Asegurado dependiente 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Asegurado dependiente 3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Asegurado dependiente 4	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

Indique la siguiente información sobre:	Asegurado titular	Asegurado dependiente 1	Si su salud no es buena, proporcione detalles o si es finado detalle la causa de su muerte
Padre Edad actual o edad a su muerte Estado de Salud (Buena, regular, mala)	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	
Madre Edad actual o edad a su muerte Estado de Salud (Buena, regular, mala)	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	
Hermanos Indicar No. de hermanos vivos o finados Estado de Salud (Buena, regular, mala)	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	Vivo <input type="checkbox"/> Finado <input type="checkbox"/> _____ años	

Cuestionario Médico (Considerar que en caso de no existir respuesta se entenderá no o ninguno)	Asegurado				
	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
1. Indique peso y estatura a) Peso b) Estatura	_____ Kgs. _____ Mts.				
2. ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos dos años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique: a) He disminuido b) He aumentado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Kgs. _____ Kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Kgs. _____ Kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Kgs. _____ Kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Kgs. _____ Kgs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Kgs. _____ Kgs.

	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
3. ¿Ha consultado con algún médico en los últimos dos años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
4. ¿Has estado internado en algún hospital en los últimos dos años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Indicar si padece o ha padecido:					
5. Aparato respiratorio:					
a) ¿Bronquitis crónica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Tuberculosis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Asma?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
d) Otras enfermedades relacionadas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
6. Aparato digestivo:					
a) ¿Enfermedades del hígado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Úlcera gastroduodenal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Dispepsia? (Inflamación abdominal, agruras, flatulencias)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
d) Otras enfermedades relacionadas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
7. Aparato circulatorio:					
a) ¿Trastornos en la presión arterial?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Alteraciones cardíacas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Angina de pecho?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
d) ¿Infarto del miocardio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
e) Otras enfermedades relacionadas:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
8. Otras enfermedades:					
a) ¿Enfermedades del sistema genital?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Enfermedades del sistema urinario?....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Reumatismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
d) ¿Artritis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
e) ¿Afecciones de los ojos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
f) ¿Afecciones de los oídos?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
g) ¿Amigdalitis frecuente?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
h) ¿Hemorragias de cualquier índole?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
i) ¿Pérdida del conocimiento?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
j) ¿Enfermedades de los huesos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
k) ¿Convulsiones?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
l) ¿Parálisis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
m) ¿Cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
n) ¿Otra clase de tumor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
o) ¿Enfermedades de los riñones?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
p) ¿Diabetes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
q) ¿Próstata?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
r) ¿Le falta algún miembro?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
s) ¿Otras enfermedades o afecciones no especificadas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
9. En caso de ser mujer, indicar si padece o ha padecido					
a) ¿Enfermedades en los pechos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Enfermedades en la matriz?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Enfermedades en los ovarios?.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
d) ¿Está embarazada actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
e) En sus embarazos ¿le detectaron aumento de presión arterial?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
10. Alguna vez le han practicado:					
a) ¿Intervenciones quirúrgicas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b) ¿Estudios de rayos X?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c) ¿Estudios electrocardiograma?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
d) ¿Debe practicarse alguna intervención quirúrgica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

11. Hábitos	Titular	Dependiente 1	En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique:					
			Frecuencia		Cantidad		Detalle	
			Titular	Dep. 1	Titular	Dep. 1		
a) ¿Acostumbra tomar bebidas alcohólicas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
b) ¿Usa o ha usado drogas? (por ejemplo: marihuana, cocaína, heroína u otras)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
c) ¿Fuma usted? (cigarrillo, puros)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
12. Practica alguna de las siguientes actividades (en forma profesional o amateur):								
a) ¿Alpinismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
b) ¿Automovilismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
c) ¿Buceo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
d) ¿Motociclismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
e) ¿Paracaidismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
f) ¿Ciclismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
g) ¿Piloto de avión?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
h) Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

En cualquier respuesta afirmativa dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorios y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc. en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma al calce de la persona por asegurar.

Asegurado	Pregunta	Detalles	Fecha de inicio	Estado actual

Indique si tiene o no, médico familiar Asegurado Titular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del médico familiar y especialidad		
Domicilio del médico	No. Ced. Prof.	No. certificación	Teléfono	

ATENCIÓN INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

El contratante 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.

Autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o 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 propuesta de seguro y en su caso para todo lo relacionado para el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevamos de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

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 México, D.F. 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.

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.

Nombre y firma
del asegurado titular

Nombre y firma
del contratante

Clave, nombre y firma
del agente

Nombre y firma de los asegurados dependientes mayores de edad:

Lugar y fecha

“ESTE DOCUMENTO SOLO 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 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 9 de Abril de 2014, con el número CGEN-S0023-0041-2014.”