

**SOLICITUD DEL SEGURO DE AP COLECTIVO INTEGRAL**

Solicito en mi carácter de Contratante, una póliza de seguro para lo cual hago las siguientes declaraciones:

<b>Contratante</b>		<b>RFC</b>	
<b>Descripción de la Colectividad asegurable</b>			
<b>Domicilio</b>			
Calle y Número		Colonia	
Ciudad / Estado		C.P.	
<b>Giro del Negocio (objeto social / actividades principales de la empresa)</b>			
<b>Relación de las personas asegurables con el Contratante</b>		<b>Número de personas que formarán parte del grupo</b>	
<b>Porcentaje con el que cada miembro del grupo asegurable, en su caso, contribuirá al pago de la Prima correspondiente:</b>			
Con dividendos <input type="checkbox"/>		Sin dividendos <input type="checkbox"/>	
<b>Vigencia</b>		<b>Suma Asegurada o Regla para determinarla</b>	
Desde _____ Hasta _____			
<b>Moneda</b>		<b>Forma de pago</b>	
		Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	
		Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	
<b>Coberturas Básicas:</b>		<b>Coberturas Adicionales:</b>	
<b>Operación de seguro</b>		<b>Naturaleza del riesgo a asegurar</b>	
Accidentes Personales			
<b>Número, edad y sexo de las personas asegurables</b>			
* En caso de ser necesario, favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud			
<b>Características particulares de la colectividad</b>			

Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen		
Mediante este seguro, ¿se busca garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?		
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Descripción de la prestación u obligación a garantizar		
Suma asegurada o regla para determinarla		

Firmado en	Firma del Contratante

\*Aplica para las coberturas de Incapacidad Total Temporal o Desempleo Involuntario.

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

**Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:**

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y Larga Distancia sin costo 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9:00 a 17:00 horas y viernes de 9:00 a 14:00 horas.

Correo Electrónico: [une@palig.com](mailto:une@palig.com);

Página Web: [www.palig.com/mexico](http://www.palig.com/mexico)

Y en nuestras oficinas ubicadas en Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc en la Ciudad de México de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas.

El producto cuenta con exclusiones y limitantes mismas que se pueden consultar en las Condiciones Generales disponibles en [www.palig.com/mexico](http://www.palig.com/mexico).

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 21 de Octubre de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016 / CONDUSEF-001918-01.