

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

Entiendo que toda la información proporcionada en esta solicitud, especialmente la relacionada con actividades e ingresos, es necesaria para evaluar el riesgo y decidir si se acepta la cobertura y la suma asegurada solicitada.

Hago constar que he declarado todos los datos de manera completa y verdadera, tal y como los conozco al momento de firmar esta solicitud. Entiendo que, si omito o proporciono información falsa o incorrecta, podría perder mis derechos o los derechos de los beneficiarios. En estos casos, Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. podría cancelar el contrato de inmediato y negarse a realizar cualquier pago (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La solicitud de seguro incluye: la solicitud general; el o los exámenes médicos que se requirieran; suplementos y cuestionarios; declaración financiera, en caso de que se requieran; y endosos, si los hubiera; cualquier otra declaración escrita o verbal que haga el Asegurado y/o contratante a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V o a cualquiera de sus prestadores de servicios u Olé Insurance Group Corp. I.I. o sus representantes como reaseguradora durante el proceso de evaluación del riesgo. En este sentido, yo consiento recibir una llamada de telesalud o ser contactado por teléfono, mensaje de texto, WhatsApp o cualquier otro medio que podrá ser grabado y guardado por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. o cualquiera de sus prestadores de servicios u Olé Insurance Group Corp. I.I., para formar parte integral de mi solicitud. También acuerdo y entiendo que:

- 1.- Cualquier Póliza emitida como resultado de esta solicitud constituirá un contrato de seguro completo que se considerará celebrado en México por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. Ni el agente ni ningún otro representante, médico forense u otro tercero ajeno está autorizado para aceptar riesgos, asumir la asegurabilidad, realizar o modificar contratos o renunciar a cualquiera de sus derechos o requisitos.
- 2.- Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. no incurrirá en responsabilidad alguna hasta que:
 - A. Cualquier Póliza solicitada haya sido entregada y aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. y
 - B. Cuando se acepte la póliza, mi estado de salud y cualquier otro factor que afecte la asegurabilidad deberá ser la misma que la establecida en esta solicitud. El aviso o conocimiento imputado a cualquier agente, representante, médico forense u otro tercero ajeno no será considerado aviso o conocimiento por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. a menos que se indique específicamente en el proceso de solicitud.
- 3.- El Asegurado es el Contratante de la póliza, a menos que un Contratante distinto sea nombrado en la solicitud o sea cambiado posteriormente.

4.- Entiendo que la cobertura está sujeta al cumplimiento con todos los términos y las condiciones de la póliza, los presentes términos y condiciones y cualesquiera emitidos por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con tu seguro, te sugerimos ponerte en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., ubicada en calle Aristóteles No. 77, despacho 104, colonia Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, México por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 4161 9550 o 55 4161 9554 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: magdalena.ortega@spseguros patrimonial.mx, unidad.especializada@sp-ole.com.mx; o bien contactando a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ("CONDUSEF") con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, México, al teléfono 55 5340 0990 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

AUTORIZACIÓN

1.- Entiendo que toda la información relacionada con mi solicitud de seguro se manejará de forma confidencial. Sin embargo, entiendo que por virtud del contrato de reaseguro que tiene Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con Olé Insurance Group Corp. I.I. éste último puede reportar dicha información a MIB, Inc. ("MIB"), que es una organización de membresía sin fines de lucro de compañías de seguros que operan un intercambio de información en nombre de sus miembros. Entiendo que al solicitar un seguro de vida o de salud a otra compañía de seguros miembro de MIB, o si se presenta una reclamación médica a otra compañía miembro, MIB le proporcionará a dicha compañía la información en sus registros. De igual forma, entiendo que si yo lo solicito expresamente, MIB me facilitará cualquier información que pueda tener en su expediente. En caso de no estar de acuerdo con la información incluida en los registros de MIB, puedo comunicarme con MIB para que la corrijan de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Reporte de Crédito Justo (Federal Fair Credit Reporting Act). La dirección de la Oficina de Información es la siguiente, 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734 o a través de su sitio web www.mib.com.

Entiendo que Olé Insurance Group Corp. I.I. también podrá proporcionar la información en sus registros a otras compañías a las que solicité un seguro de vida o de salud, o a la que haya presentado una reclamación sobre los beneficios cubiertos.

2.- Yo, como lo demuestra mi firma digital, autorizo a cualquiera de los siguientes sujetos a dar cualquier información médica o no médica sobre mí, incluidas mis ocupaciones, pasatiempos, estilo de vida, intereses, abuso de drogas o alcohol o cualquier otra información, a Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicios en relación con la emisión de esta póliza o sus reaseguradores: 1. Médicos; 2. Doctores; 3. Hospitales; 4. Clínicas; 5. Otra instalación médica; 6. Aseguradoras; 7. MIB, Inc. ("MIB") o una organización similar; 8. Agencia de informes del consumidor; 9. Empleador (pasado o presente); 10. ScriptCheck; 11. Oficina de Intercambio de Información; u 12. Otras organizaciones o personas que tengan información disponible.

3.- También autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicios en relación con la emisión de esta póliza o sus reaseguradores, a realizar un breve reporte de mi información médica personal a MIB. Entiendo que dicha información: a. Puede estar relacionada con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cualquier condición física o mental; b. Puede incluir cualquier otra información no médica sobre mí; y c. Será utilizada por Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicios en relación con la emisión de esta póliza o sus reaseguradores para determinar la elegibilidad para el seguro.

4.- Declaro estar dispuesto a realizar un examen médico si Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicio así lo requieren, lo cual no me libera de mi responsabilidad por omisiones o información falsa. Autorizo a médicos, hospitales o clínicas que me hayan atendido a proporcionar a la Aseguradora y/o a sus prestadores de servicio los datos médicos necesarios, relevándolos para este fin del secreto profesional.

También autorizo a otras compañías aseguradoras con las que haya solicitado seguros previamente, a compartir con Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicio la información necesaria para evaluar esta solicitud, y acepto que Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. y/o sus prestadores de servicio compartan mi información con otras aseguradoras exclusivamente para evaluar futuras solicitudes hechas por mí, nunca para fines comerciales o de mercadotecnia. Esta autorización aplica desde la presentación de mi solicitud, en caso de fallecimiento, o cuando la Aseguradora y/o sus prestadores de servicio lo consideren necesario.

5.- Bajo protesta de decir verdad, manifiesto conocer y aceptar todas las condiciones descritas en esta solicitud, incluyendo los datos proporcionados y los requisitos médicos solicitados por la aseguradora o sus prestadores de servicio.

6.- Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda, para que realice a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en la cotización, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., liberando al banco de cualquier responsabilidad.

7.- Reconozco que antes de proporcionar mis datos personales se me informó sobre el Aviso de Privacidad de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el cual he leído y entendido, incluyendo la identidad y domicilio de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., los datos personales que serán utilizados, las finalidades y transferencias de dichos datos, y cómo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición ("ARCO"), así como limitar o revocar su uso. Estoy consciente de que puedo consultar dicho Aviso y sus actualizaciones en www.ole-sp.com.mx, por lo que otorgo expresamente mi consentimiento para que Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. trate mis datos personales según lo señalado en dicho Aviso de Privacidad. Asimismo, entiendo que mi consentimiento no será requerido cuando el tratamiento de mis datos sea necesario para cumplir obligaciones relacionadas con la formalización del contrato de seguro.

Declaro que, en caso de haber proporcionado datos personales de terceros, confirmo haberles informado previamente, obtenido su consentimiento y comunicado dónde consultar el Aviso de Privacidad.

8.- Entiendo que este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. ni de que, en caso de autorizarse la contratación, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud en virtud del análisis de riesgo que realizará la Aseguradora.

9.- Entiendo que Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. pondrá a mi disposición la Documentación Contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico indicado en esta solicitud de seguro, una vez que haya sido aceptada la contratación, por lo que otorgo mi consentimiento a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. para realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro a través de la vía digital.



Confirmo que he leído y acepto los **Términos y Condiciones** aquí contenidos.