

SOLICITUD DE SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

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.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento

Sexo

Edad

Estado Civil

Nacionalidad Ciudad y Estado de Nacimiento

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de ser mujer. ¿Estás embarazada? Si () No ()

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa donde trabaja

RFC con homoclave

CURP

Profesión u Ocupación Principal

Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores

Giro de la Empresa

Domicilio del lugar de trabajo

alguna otra ocupación

Describe en que consisten sus labores

Empresa en que desempeña sus labores

DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior

Número Interior

Colonia

Ciudad o Población

Municipio o Delegación

Estado

C.P.

Teléfono Particular

Teléfono Oficina

Correo electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Relación con el solicitante:

RFC con Homoclave

CURP

Nacionalidad

Sexo

Correo Electrónico

Teléfono Particular

DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior

Número Interior

Colonia

Delegación o Municipio

Ciudad o Población

Estado

Código Postal

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan

Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir solo una opción

Forma de pago

Temporal a 5 años Renovable

100,000 ()

200,000 ()

300,000 ()

Anual

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no 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 porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de 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 nombra 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 de la suma asegurada.

Nombre (s) del (os) Beneficiario (s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato del seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra (s) compañía (s) o más que sean voluntarios? Si () No ()

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Cuestionario Médico

Peso _____ Kg Talla _____ cm

Fuma Si No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades? Si No

1. Diabetes Si No

2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma Si No

3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus Si No

4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática Si No

5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón Si No

6. Insuficiencia renal o pancreatitis Si No

7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral Si No

8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH Si No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso, para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudio de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Banorte, S.A. de C.V, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V, la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Banorte, S.A. de C.V, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo de (los) Agente (s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud? Si () No ()

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro de Vida Individual Básico Estandarizado quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **11 de noviembre de 2015**, con el número **CNSF-S0001-0515-2015/CONDUSEF-001120-01**.