

DATOS GENERALES					
Nombre del Contratante			Póliza No.		
Nombre del (de los) Asegurado(s)			<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>		
Acreditado:			<b>Desde</b>		<b>Hasta</b>
Co-acreditado:			Día / Mes / Año		Día/ Mes / Año
Puesto u ocupación					
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)			Fecha de ingreso al servicio del contratante (Día / Mes / Año)		

**Regla para determinar la Suma Asegurada**

Coberturas:

Fallecimiento

Incapacidad

**Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima**

**CUESTIONARIO**

	Acreditado		Co-acreditado	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterias, pulmones, sistema nervioso, cerebro, esófago, estómago, riñones, hígado, vesícula biliar, próstata, convulsiones, parálisis, paraplejía, cáncer, tumores, diabetes, o en general alguna enfermedad, afección o lesión grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le ha comunicado que tiene SIDA o que es portador del virus de inmunodeficiencia humana adquirida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En caso afirmativo: ¿Más de 7 cajetillas a la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Por su ocupación está expuesto a : sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada (relacionada con la construcción o la minería)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, torero, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONTRATO**

Conforme a los artículos 8,9,10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este Contrato de Seguro, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven de la póliza que se expida basada en las declaraciones anteriores. Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato, recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo. Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan y que forman parte del contrato de seguro solicitado, en las cuales se establecen las limitaciones y exclusiones que se aplican al mismo; que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como solicitante. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de Internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com), solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas a los que haya ingresado, para estudios, diagnósticos o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcione a Seguros Banorte, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, toda la información que se requiera tal como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historial clínico completo, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi estado de salud o enfermedades anteriores, en relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ACREDITADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CO-ACREDITADO

**Beneficios**

Si la suma asegurada excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda:

Nombre completo de los Beneficiarios	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje (%)

**Advertencia:** En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos 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.

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE., por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada: En documentos impresos \_\_\_\_\_ Por medios electrónicos \_\_\_\_\_

En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ACREDITADO\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CO-ACREDITADO

**Aviso de Privacidad:** SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey Nuevo León es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx). Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demás Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del contrato de seguro celebrado, así como para prospección comercial.

Se le invita a consultar las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx), o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

Para cualquier aclaración o duda 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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs., correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com) o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

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 **23 de septiembre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0646-2016/CONDUSEF-000642-02**.