

DATOS GENERALES					
Nombre del Contratante			Póliza No.		Certificado No.
			VIGENCIA DEL SEGURO		
Nombre del Asegurado			Desde		Hasta
Sexo		Estado Civil	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)		

DATOS DEL (DE LOS) ASEGURADO(S)				
Nombre y Apellidos Completos	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Sexo	Fecha de Alta Día / Mes / Año	Parentesco

Regla para determinar la Suma Asegurada

Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima

Beneficios

Otros beneficios:

Número de mensualidades a cubrir en la cobertura de (DSI) o (DSM) según Endoso anexo: _____ meses.

Nombre Completo de los Beneficiarios	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Participación

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 solo tendrá 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., por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

FIRMA DEL ASEGURADO

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 _____.

Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Av. 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. 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, o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133.

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, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, 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

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

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 05 de enero de 2011, con el número CNSF-S0001-0446-2010/CONDUSEF-000604-01 y a partir del día 30 de junio de 2014, con el número CGEN-S0001-0105-2014 y a partir del día 24 de septiembre 2015, con el número RESP-S0001-0605-2015 y a partir del día 28 de septiembre de 2015, con el número MODI-S0001-0031-2015 y a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-S0001-0232-2015 y a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0001-0200-2016.

El siguiente cuestionario se podrá aplicar a las personas que integren el grupo previo a la contratación del Seguro.

Cuestionario

Nombre: _____

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

- | | SI | 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"/> |
| 2. ¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas? | <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"/> |
| 4. ¿Tiene incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ¿Más de 7 cajetillas a la semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Es usted: Albañil, electricista de alto voltaje, perforador, bombero, piloto fumigador, guardaespaldas, minero, chofer de transporte foráneo; o 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"/> |
| 7. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, toreo, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para todos los efectos legales que pueda tener, 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 para otorgar el seguro.

FIRMA

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 05 de enero de 2011, con el número CNSF-S0001-0446-2010/CONDUSEF-000604-01 y a partir del día 01 abril de 2015, con el número RESP-S0001-0232-2015.

El siguiente cuestionario para la cobertura de Desempleo se podrá aplicar a las personas que integren el grupo previo a la contratación del Seguro.

Cuestionario

Nombre: _____

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

1.- ¿Tiene un contrato de trabajo por tiempo indefinido y en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.- ¿Trabaja para una empresa que cuenta RFC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Para todos los efectos legales que pueda tener, 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 para otorgar el seguro.

FIRMA

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 05 de enero de 2011, con el número CNSF-S0001-0446-2010/CONDUSEF-000604-01 y a partir del día 01 abril de 2015, con el número RESP-S0001-0232-2015.