

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre:		R.F.C.:	
Edad:	Sexo:	Ocupación:	
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio (Calle y Núm.):		Colonia:	
Municipio o alcaldía:	Ciudad:	C.P.:	
Estado:		Giro de la empresa:	

**DATOS DEL CÓNYUGE (O CO-ACREDITADO)**

Nombre:		
Edad:	Sexo:	Ocupación:

**SUMAS ASEGURADAS Y COBERTURAS**

Suma Asegurada: Saldo insoluto de la deuda a la fecha del deceso ó invalidez	Costo del Seguro de Vida M.N:
Coberturas: <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente	Período de Cobertura:

**CUESTIONARIO MÉDICO**

Ha sido tratado, padece o ha padecido de:	Solicitante		Cónyuge (o co-acreditado)	
	Sí	No	Sí	No
1. Enfermedades del corazón				
2. Tumores				
3. SIDA				
4. Diabetes, presión alta o baja, enfermedades de los riñones, de los pulmones o enfermedades sexuales transmisibles				
5. Tiene pendiente alguna operación quirúrgica				

**De interés para el solicitante**

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante deberá declarar todos los hechos importantes que tengan en referencia a esta solicitud, tal y como las conozca o debe conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso.

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, historia clínica completa, 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.

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 Solicitante y en su momento Contratante 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 de solicitante y/o cónyuge (co-acreditado)

**CUESTIONARIO**

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4 o 5 especifique detallando la enfermedad, estudios, tratamientos, la fecha en que las sufrió o se las practicaron y la condición de salud actual:

**IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE**

DATOS ADICIONALES DEL SOLICITANTE O FAMILIARES QUE HAYAN SIDO FUNCIONARIOS DE GOBIERNO (AL MENOS EN EL ÚLTIMO AÑO)

Solicitante		Cónyuge (o co-acreditado)	
Sí	No	Sí	No

¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta?, entendiéndose como tal a la persona que desempeña o ha desempeñado por lo menos en el último año, funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional. Se asimilan a las Personas Políticamente Expuestas el cónyuge, concubina (o) y las personas con las que mantengan parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la Persona Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.

\_\_\_\_\_ Firma de solicitante y/o cónyuge (co-acreditado)

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas, el alcance real de la cobertura, la 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 y que carezco de facultades para representar a Seguros Banorte, S.A. de C.V. para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

No. de Empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del Funcionario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Funcionario

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Banorte, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación coincida totalmente con los términos de la solicitud.**

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)

**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 las entidades financieras 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.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Datos del Funcionario de la Sucursal

\_\_\_\_\_ Firma de solicitante y/o cónyuge (co-acreditado)

\_\_\_\_\_ Firma del Funcionario

**Seguros Banorte, S.A. de C.V.,  
Grupo Financiero Banorte.  
Hidalgo 250 pte, Col. Centro, Monterrey, N.L., C.P. 64000  
Teléfono: 800 500 2500  
Página Web: [www.banorte.com](http://www.banorte.com)**

No. de empleado: \_\_\_\_\_ C.R. de Sucursal \_\_\_\_\_

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](http://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 **12 de octubre de 2018**, con el número **CNSF-S0001-0529-2018/CONDUSEF-000569-02** y a partir del día **13 de mayo de 2020**, con el número **CGEN-S0001-0096-2020**.