

NÚMERO DE SOLICITUD

Lugar y fecha:

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

RFC.:

Domicilio (Calle y núm.):

Persona física o moral:

C.P.:

Parentesco con el Asegurado:

Teléfono:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre: Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

RFC:

Sexo:

Estado civil:

Peso (kgs):

Estatura (mts):

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Domicilio (Calle y núm.):

Colonia, fraccionamiento o localidad:

C.P.:

Municipio, población o ciudad:

Estado:

Teléfono:

Correo electrónico:

Profesión u ocupación:

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
AYUDA FUNERARIA		ENFERMEDADES GRAVES	
AYUDA HOSPITALARIA			
FALLECIMIENTO POR SARS-COV2 (COVID-19)			
HOSPITALIZACIÓN POR SARS-COV2 (COVID-19)			

Forma de pago

Anual

Cuatrimstral

Bimestral

Semestral

Trimestral

Mensual

DESIGNACIÓN DE 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.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco *	Porcentaje (%)

Domicilio (calle, número exterior, número interior, colonia, alcaldía o municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal y país):

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco *	Porcentaje (%)

Domicilio (calle, número exterior, número interior, colonia, alcaldía o municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal y país):

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco *	Porcentaje (%)

Domicilio (calle, número exterior, número interior, colonia, alcaldía o municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal y país):

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco *	Porcentaje (%)

Domicilio (calle, número exterior, número interior, colonia, alcaldía o municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal y país):

*Para efectos de identificación

Firma del Asegurado

CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Tiene incapacidad total y permanente o tiene 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 esta 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"/>
8.- ¿ 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 mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la Persona Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de respuestas afirmativas a las preguntas 1 y 2 ampliar la información indicando el nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos, la fecha en que las sufrió o se las practicaron, la duración y la condición de salud actual:

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 4 ampliar la información detallando cuál y desde cuando:

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 5 ampliar la información especificando la clase de producto(s) (ej. cigarrillo, puro ó pipa), cantidad y frecuencia con la que se consumen:

En caso de respuestas afirmativas a las preguntas 6 y 7 ampliar la información describiendo o detallando la actividad y ocupación, el lugar de trabajo o actividad (Oficina, fabrica, taller, calle, otro) y material y/o equipo de trabajo o actividad:

Firma del Asegurado

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, 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 Asegurado

Firma del Contratante

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 del Asegurado

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. Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera perteneciente 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.

Firma del Asegurado

PARA EFECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

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, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la CNSF, mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Clave del Agente / Sucursal	Canal	Firma

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, 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, 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 o visite la página www.condusef.gob.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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

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 **28 de enero de 2022**, con el número **CNSF-S0001-0413-2021 /CONDUSEF-000573-04** y a partir del día **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-S0001-0101-2020** y a partir del día **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-S0001-0102-2020** y a partir del día **24 de septiembre de 2020**, con el número **BADI-0001-0103-2020**.