

NÚMERO DE SOLICITUD

Lugar y Fecha:

DATOS DEL CONTRATANTE (CÓNYUGE O PADRE O MADRE DEL ASEGURADO)

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

RFC.:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Domicilio (Calle y Núm.):

Colonia, fraccionamiento o localidad:

C.P.:

Estado, municipio o ciudad y país:

Parentesco con el Asegurado:

Teléfono:

DATOS DEL ASEGURADO (CÓNYUGE O HIJO MAYOR DE EDAD DEL CONTRATANTE)

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 y país:

Correo electrónico:

Profesión u ocupación:

Teléfono:

Parentesco con el Contratante:

COBERTURAS CONTRATADAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
FALLECIMIENTO			
SERVICIO DE REPATRIACIÓN			

Medios de pago

Efectivo
Cheque

Tarjeta de Débito
Tarjeta de Crédito

Forma de pago

Anual Cuatrimestra Bimestral
 Semestral Trimestral Mensual

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En este seguro el Contratante y el Asegurado son beneficiario recíproco, por esta razón, cuando el fallecimiento de cualquiera de ellos se produzca durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará la suma asegurada contratada al sobreviviente. En este contrato de seguro el beneficiario será: el Asegurado, cuando el Contratante haya fallecido o; el Contratante, cuando el Asegurado haya fallecido.

Si ocurre la muerte del Contratante simultáneamente a la del Asegurado, se considerará que este último falleció primero, por ende, la suma asegurada contratada será pagada a la sucesión del Contratante.

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

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 Solicitante

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: _____

MEDIOS DE PAGO:

1. Los pagos son recibidos en cualquier sucursal de Banorte y en las cajas de la compañía aseguradora a través de la referencia bancaria proporcionada, en caso de que el cliente haya indicado que el cobro se realice de manera domiciliada, la Aseguradora hará el cargo correspondiente a su tarjeta de débito o crédito o cuenta bancaria.
2. Cuando el pago se realice con cheque, este será recibido salvo buen cobro y deberá ser a nombre de Seguros Banorte, S.A. de C.V. y contener la leyenda Para abono en cuenta del beneficiario.

Si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual sera de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

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.

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. 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

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 **17 de junio de 2021**, con el número **CNSF-S0001-0130-2021/CONDUSEF-000816-02**.