

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE ESTA SOLICITUD LE PEDIMOS QUE SEA LLENADA CON LETRA DE MOLDE Y TINTA. NO SERÁ ATENDIDA SU PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO SI PRESENTA TACHADURAS, EMENDADURAS O FALTA ALGUNO DE LOS DATOS SOLICITADOS.

AUTORIZACIÓN

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, EL SOLICITANTE DEBE DECLARAR TODOS LOS HECHOS PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO A QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD, TAL COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCER EN EL MOMENTO DE FIRMAR LA MISMA, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACIÓN O LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS IMPORTANTES QUE SE LE PREGUNTEN DARÁN A LA CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA Y EN CONSECUENCIA A LA PÉRDIDA DE LOS DERECHOS A LOS BENEFICIARIOS.

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.

NÚMERO DE SOLICITUD:					FECHA:				
DATOS DEL SOLICITANTE									
NOMBRE: Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)									
FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA	MES	AÑO	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		EDAD:		ESTADO CIVIL:
NACIONALIDAD:				CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO :					
DATOS LABORALES									
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:									
R.F.C. CON HOMOCLEAVE:				CURP:			PROFESIÓN U OCUPACIÓN PRINCIPAL		
NOMBRE DE SU PUESTO Y EN QUÉ CONSISTEN SUS LABORES:									
GIRO DE LA EMPRESA:				DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO:					
ALGUNA OTRA OCUPACIÓN:					DESCRIBE EN QUE CONSISTEN TUS LABORES				
EMPRESA EN QUE LAS DESEMPEÑA SU LABOR:									
DOMICILIO PARTICULAR									
CALLE Y NO. EXTERIOR:							NO. INTERIOR:		
COLONIA:			CIUDAD O POBLACIÓN:				MUNICIPIO O DELEGACIÓN:		
ESTADO:			C.P.:		TELÉFONO PARTICULAR:		TELÉFONO OFICINA:		
CORREO ELECTRÓNICO:									
DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al solicitante)									
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL:									
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:									
R.F.C CON HOMOCLEAVE:			CURP:		NACIONALIDAD:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
CORREO ELECTRÓNICO:						TELÉFONO PARTICULAR:			
DOMICILIO PARTICULAR									
CALLE Y NO. EXTERIOR:							NO. INTERIOR:		
COLONIA:			CIUDAD O POBLACIÓN:				MUNICIPIO O DELEGACIÓN:		
ESTADO:						C.P.:			
DATOS DEL PLAN									
SEGURO BÁSICO ACCIDENTES PERSONALES			SUMA ASEGURADA (MONEDA NACIONAL): ELEGIR SÓLO UNA OPCIÓN				FORMA DE PAGO		
			100,000 ()		200,000 ()		ANUAL		

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

ADVERTENCIAS: 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.

NOMBRE(S) DE (LOS) BENEFICIARIO(S)	PARENTESCO (PARA EFECTOS DE IDENTIFICACIÓN)	PARTICIPACIÓN % DE LA SUMA ASEGURADA

OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES

¿ESTÁ SOLICITANDO O HA SOLICITADO SEGUROS EN OTRA COMPAÑÍA? SI () NO ()	COMPAÑÍA:	SUMA ASEGURADA:
¿LE HAN RECHAZADO, LIMITADO O EXTRAPRIMADO ALGUNA SOLICITUD? SI () NO ()	EN CASO AFIRMATIVO ¿POR QUÉ MOTIVO?	

SEGUROS EXPEDIDOS Y SOLICITADOS (EN VIGOR O CANCELADOS)

COMPAÑÍA	SUMA ASEGURADA	MONEDA	PLAN	ESTADO ACTUAL

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V. AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLINICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V., LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V. LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ SEGUROS BANORTE, S.A DE C.V. PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

LUGAR Y FECHA:

“ _____, en mi carácter de Solicitante y en su momento Contratante del seguro requerido a través de este documento, doy mi autorización de que la Compañía me entregue electrónicamente, en formato PDF, la documentación contractual del seguro descrito, a través del correo electrónico _____.”

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (de acuerdo al conducto de venta)

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 agosto de 2009, con el numero CNSF-S0001-0452-2009.