

**DATOS GENERALES**

Nombre del Contratante		Póliza No.			
Nombre del(de los) Asegurado(s)		<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>			
Acreditado		<b>Desde</b>		<b>Hasta</b>	
Co-acreditado		Día / Mes / Año		Día / Mes / Año	
Puesto u ocupación Acreditado					
Puesto u ocupación Coacreditado					
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Fecha de solicitud para ser asegurado en la póliza de grupo (Día / Mes / Año)			
<b>Regla para determinar la Suma Asegurada</b>		Saldo Insoluto <input type="checkbox"/>		Monto del Crédito _____	

**Coberturas:** Fallecimiento  Incapacidad

**Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima:**

**CUESTIONARIO**

	Acreditado		Co-acreditado	
	Si	No	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En caso afirmativo: ¿Más de 7 cajetillas a la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, torero, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EN CASO DE SER AFIRMATIVA ALGUNA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO, ESPECIFICAR SU RESPUESTA.**

**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 puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en nuestra página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx). "El titular de los datos" reconoce que le fue facilitado el Aviso de Privacidad Integral, previo a haber asentado sus datos en el presente documento, asimismo "El titular de los datos", consiente expresamente a SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, el tratamiento de sus datos sensibles, financieros y/o patrimoniales, con sujeción a las finalidades establecidas en dicho aviso de privacidad integral.

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL ACREDITADO

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CO-ACREDITADO

**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 consentimiento, 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 este consentimiento, 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, recibiendo a cambio los beneficios que se derivan del mismo.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan a la póliza que en su caso expida Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como asegurado.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas y laboratorios 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 ACREDITADO

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CO-ACREDITADO

**Beneficios:** Los marcados en el apartado de la regla para determinar la suma asegurada.

**El beneficiario preferente es BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE.** Si la suma asegurada excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda:

Asegurados	Nombre completo de los beneficiarios, fecha de nacimiento y domicilio	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje (%)
<b>Acreditado</b>			
<b>Coacreditado</b>			

**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.

Los beneficiarios designados en esta sección serán tomados en cuenta sólo en caso de que el asegurado fallezca a consecuencia del riesgo cubierto.

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ACREDITADO

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CO-ACREDITADO

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

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 \_\_\_\_\_.

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.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx), o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ACREDITADO/ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL COACREDITADO/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, 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)

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](http://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 8 de mayo de 2026, con el número CNSF-S0001-0210-2026/CONDUSEF-000642-03.**