BANORTE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA SOCIO AUTOESTRENE BANORTE

Folio de la Solicitud:

DATOS DEL ACREDITADO / ASEGURADO

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

DATOS DEL CO-ACREDITADO / ASEGURADO Llenar solo en caso de que sea aplicable.

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: ☐ Fallecimiento (Muerte) ☐ Invalidez Total y Permanente	Período de Cobertura:

CUESTIONARIO MÉDICO Sólo llene los campos que le corresponde llenar de acuerdo a su participación en el crédito.

Ha sido tratado, padece o ha padecido de:	Acreditado/ Asegurado	Co-acreditado/ Asegurado
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		

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:

De interés para el solicitante

De acuerdo con 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 éstas respecto de los hechos importantes para la 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 recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo.

Firma del Acreditado/Asegurado La presente firma, ampara el consentimiento de las autorizaciones aceptadas por el acreditado en esta sección.	Firma del Co-acreditado/Asegurado Única y exclusivamente en caso de participar en el crédito

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

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 contratante y asegurado. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx, solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500. Otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza que se expida en atención a la presente solicitud y 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 realizarme estudios, diagnósticos o tratamientos de cualquier enfermedad o lesión, así como a cualquier prestador de servicios de salud que me hubiere atendido, para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, o a quien éste designe, toda la información que requiera, tal como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historial clínico completo, indicaciones médicas y cualquier información y documentación que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestro estado de salud: (i) anterior a la fecha de firma de la presente solicitud;(ii) durante la vigencia del contrato de seguro que en su caso celebremos; y (iii) en caso de siniestro. Por lo anterior, relevamos a dichas personas de cualquier responsabilidad que pudiere surgir con motivo de la revelación y entrega de dicha información y documentación a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, o a quien éste designe.

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 posible Asegurado y Contratante del seguro que se solicita, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico: _____

_____

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. “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.

Lugar y fecha:

Firma del Acreditado/Asegurado La presente firma, ampara el consentimiento de las autorizaciones aceptadas por el acreditado en esta sección.	Firma del Co-acreditado/Asegurado Única y exclusivamente en caso de participar en el crédito

Manifiesto que he informado al Acreditado/Asegurado, y en su caso al Co-acreditado/Asegurado, 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., Grupo Financiero Banorte, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

No. De Empleado: _____

C. R. de Sucursal: _____

Nombre del Funcionario de la sucursal: _____

_____

Firma del Funcionario de la sucursal

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

DATOS ADICIONALES DEL ASEGURADO O FAMILIARES QUE HAYAN SIDO FUNCIONARIOS DE GOBIERNO (AL MENOS EN EL ÚLTIMO AÑO)	**Acreditado/ Asegurado**	**Co-acreditado/ Asegurado**
¿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.	No	

Firma del Acreditado/Asegurado
La presente firma, ampara el consentimiento de las autorizaciones aceptadas por el acreditado en esta sección.

Firma del Co-acreditado/Asegurado
Única y exclusivamente en caso de participar en el crédito.

MEDIOS ELECTRÓNICOS

Otorgamos nuestro consentimiento para que este documento pueda suscribirse mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos y/o de cualquier otra tecnología, cuya información generada o comunicada a través de dichos medios sea atribuible y obligue a las personas que suscriban tales documentos; así como mediante el uso de sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, tales como el teléfono, Internet, cajeros automáticos u otros, los cuales acreditarán la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones de las partes. Lo anterior, conforme a lo previsto en los artículos 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; 89 del Código de Comercio; y, 1o., 1803, 1811 y demás aplicables y relativos del Código Civil Federal. Por lo anterior, manifestamos nuestra conformidad con que esa Compañía implemente medios de identificación consistentes en dispositivos de seguridad, individuales y confidenciales, tales como contraseñas, en sustitución de la firma autógrafa.

Los suscritos solicitamos y autorizamos que la póliza, condiciones generales y el folleto de derechos del asegurado nos sean enviados a los correos electrónicos previamente señalados en la presente solicitud. El Asegurado podrá consultar los términos y condiciones del uso de medios electrónicos a través de la página: https://www.segurosbanorte.com.mx/avisoprivacidad/terms-y-cond-mediose-canaldig.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, 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 o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a la 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 asesoría@condusef.gob.mx o visite la página 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

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 **31 de julio de 2026**, con el número **CNSF-S0001-0065-2026/CONDUSEF-007178-02**.