

Prima Complementaria Inicial	\$ _____	Prima Programada	\$ _____
Ésta deberá distribuirse así:	Monto	Opciones de Rendimiento	Monto
Plan de Protección (Art. 93 Ley ISR*)	_____	_____	_____
Plan Personal de Retiro (Art. 151 Ley ISR*)	_____	_____	_____
Plan de Jubilación (Art. 185 Ley ISR*)	_____	_____	_____

Periodicidad de Prima Programada:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Moneda:

*Ley del Impuesto sobre la Renta

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.

Nombre Completo	Parentesco*	Porcentaje

*Para efectos de identificación en caso de ser familiar

CUESTIONARIO PARA EL ASEGURADO

ESTATURA: _____ PESO: _____

	SÍ	NO
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterías, 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 adquirida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo : ¿Mas de 7 cajetillas a la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿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"/>
7. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, troteo, 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"/>
9. ¿Cuál es el origen de los recursos para ahorrar o invertir en este seguro? Sueldos y/o comisiones___ Premios y/o bonos___ Ahorro y/o inversión___ Herencias___ Venta de Bienes Raíces y/o muebles___ Préstamos___ Otros (Detalle)_____		

Firma del Solicitante

EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 1 Y 2 AMPLIAR LA INFORMACIÓN EN EL CUADRO SIGUIENTE:

Pregunta Número	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se las practicaron	Duración	Condición de salud actual

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LA PREGUNTA 4 ESPECIFICAR LA RESPUESTA, DETALLANDO CUÁL Y DESDE CUÁNDO.

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LA PREGUNTA 5 AMPLIAR LA INFORMACIÓN EN EL CUADRO SIGUIENTE:

Clase	Cantidad	Frecuencia
Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>		

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS PREGUNTAS 6 Y 7 ESPECIFICAR LA RESPUESTA DESCRIBIENDO LA ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, EL LUGAR DE TRABAJO O ACTIVIDAD Y EL MATERIAL Y/O EQUIPO QUE UTILIZA.

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; por lo 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 01 800 500 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, 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.

CUENTA DE CHEQUES

Manifiesto estar de acuerdo en que el único medio, para que yo pueda recibir las cantidades solicitadas por concepto de retiros o valores garantizados será vía depósitos electrónicos a mi cuenta bancaria No. _____ de Banco Mercantil del Norte, S.A.

En caso de que, por convenir a mis intereses deseara cambiar de Cuenta Bancaria, manifiesto estar de acuerdo en que tendré que requisitar el endoso correspondiente, en el entendido que todo movimiento de la póliza afectaría a la nueva cuenta después de realizado dicho endoso.

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 Solicitante

Aviso de Privacidad: SEGURO 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 trasferida a las entidades financieras pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demas 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 Solicitante

Firma del Contratante

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 / Funcionario	Sucursal	Firma

IMPORTANTE

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.

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 01 800 627 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 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Teléfono 01 800 500 2500
Hidalgo 250 pte, Col. Centro Monterrey N.L. C.P. 64000
Página Web: www.banorte.com

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 24 de noviembre de 2017, con el número CNSF-S0001-0497-2017/CONDUSEF-002866-03."