

SOLICITUD No.	FECHA
---------------	-------

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, enmendaduras ó falta de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, 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 para la apreciación del riesgo, darán lugar 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 lo 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.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante.

NOMBRE(S)			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H					

Datos laborales.

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			R.F.C. con Homoclave			C.U.R.P.		
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		DESCRIBA EN QUE CONSISTEN SUS LABORES				EMPRESA EN QUE DESEMPEÑA SU LABOR		

Domicilio Particular.

CALLE Y NÚMERO EXTERIOR			NÚMERO INTERIOR	COLONIA		CIUDAD O POBLACIÓN		
MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO OFICINA	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre completo del Contratante.

NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:								
R.F.C. con Homoclave		C.U.R.P.		NACIONALIDAD	SEXO	TELÉFONO PARTICULAR		CORREO ELECTRÓNICO
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			

Domicilio Particular.

CALLE Y NÚMERO EXTERIOR			NÚMERO INTERIOR	COLONIA				
MUNICIPIO O DELEGACIÓN			CIUDAD O POBLACIÓN		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan

Seguro Básico Accientes Personales	Suma Asegurada (Moneda Nacional)	ELEGIR SÓLO UNA OPCIÓN	FORMA DE PAGO
		<input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 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) DEL(OS) 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		COMPañÍA	SUMA ASEGURADA
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo ¿Porqué motivo?	
Seguros expedidos (en vigor o cancelados)			
COMPañÍA	SUMA ASEGURADA	MONEDA	PLAN

INFORMACION DEL PAGO

TIPO DE PAGO:	<input type="checkbox"/> CUENTA MAESTRA BANAMEX No. _____	SUCURSAL _____
	<input type="checkbox"/> CUENTA CHEQUES BANAMEX No. _____	SUCURSAL _____
<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO VISA O Master Card No. _____	VENCE _____	

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

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 Banamex, S.A. de C.V.**, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, 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 Banamex, 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 Banamex, S.A. de C.V.** la información de su conocimiento y que a su vez **Seguros Banamex, S.A. de C.V.** proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador, la información que requiera y que de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Autorizo a Banco Nacional de México, S.A., integrante del Grupo Financiero Banamex o aquella institución afiliada a VISA o MasterCard, para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente, el contrato de depósito en cuenta corriente o contrato de apertura de cheques según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me asignó la cuenta No. _____, o en su caso en aquella(s) cuenta(s) que el cliente proporcione a la Compañía y que sustituya(n) a la(s) anterior(es) por robo, extravío o cualquier cambio de número que sufra la cuenta mencionada, se sirva pagar a **Seguros Banamex, S.A. de C.V.**, los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallen en la póliza sobre el seguro contratado. **Seguros Banamex, S.A. de C.V.** será responsable de notificar a Banco Nacional de México, S.A., de las cantidades que se cargarán a la cuenta por concepto de primas (aportaciones), de la expedición del recibo de pago de primas (aportaciones) y de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos.

Cuando por cualquier motivo no puedan realizarse los cargos por concepto de prima a la cuenta del asegurado por causas imputables a éste, después de 30 días de la fecha del vencimiento de la prima se tendrá por cancelado el seguro en cuestión.

El cuentahabiente podrá revocar esta autorización mediante un comunicado por escrito dirigido a **Seguros Banamex, S.A. de C.V.** o al Banco Nacional de México, S.A. con 30 días naturales de anticipación.

LUGAR Y FECHA	
FIRMA DEL CONTRATANTE	FIRMA DEL SOLICITANTE