

SOLICITUD No.

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

Domicilio Particular.

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

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan

Temporal a 5 años Renovable	Suma Asegurada (Moneda Nacional)	ELEGIR SÓLO UNA OPCIÓN			FORMA DE PAGO Anual
		<input type="checkbox"/> 100,000	<input type="checkbox"/> 200,000	<input type="checkbox"/> 300,000	

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

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Seguros expedidos (en vigor o cancelados)				
COMPañÍA	SUMA ASEGURADA	MONEDA	PLAN	ESTADO ACTUAL
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo ¿Porqué motivo?		

CUESTIONARIO MÉDICO

PESO	ESTATURA	¿FUMA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
KGS.	MTS.			
¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:				
			SI	NO
1.- DIABETES			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ENFISEMA PULMONAR, BRONQUITIS CRÓNICA O ASMA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- CÁNCER, TUMORES MALIGNOS, LEUCEMIA O LUPUS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- CIRROSIS HEPÁTICA, HEPATITIS C O INSUFICIENCIA HEPÁTICA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ENFERMEDADES CARDIACAS, INFARTO, ISQUEMIA, ARRITMIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DEL CORAZÓN			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- INSUFICIENCIA RENAL O PANCREATITIS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ANEURISMA, EMBOLIA, TROMBOSIS, DERRAME CEREBRAL			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- VIH, SIDA O SEROPositIVO AL VIH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:				

INFORMACION DEL PAGO

TIPO DE PAGO:	CARGO A CUENTA	
<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 para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez **Seguros Banamex, S.A. de C.V.** proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

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 detallan 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

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?

SI NO