

Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, con domicilio en Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, CDMX, le avisa que sus datos personales y aún los sensibles, incluyendo los de los beneficiarios que se obtengan en virtud de la operación que usted solicite o celebre, se tratarán para los fines necesarios: evaluar su solicitud de seguro, en caso de requerirlo el producto; tramitar sus reclamaciones, cobrar, administrar o renovar la póliza de seguro, para estadística y encuestas de servicio; y no necesarios: prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos relacionados con el Grupo Financiero Banamex. En caso de negarse al uso de sus datos para las finalidades no necesarias, o bien, para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, revocar su consentimiento o desee limitar el uso o divulgación de sus datos, contáctenos en protecciondedatosb@banamex.com indicando su nombre completo y un número telefónico para brindarle la información necesaria. Sólo se realizan transferencias a entidades de gobierno por cumplimiento a disposiciones oficiales, al Grupo Financiero Banamex para la comercialización de sus productos y en su caso, a terceros nacionales o extranjeros para el mantenimiento o cumplimiento de la relación jurídica, y a integrantes del sector asegurador para selección de riesgos y prevención de fraudes. El aviso de privacidad está disponible en el kárdex de cada sucursal Banamex. Cualquier cambio al aviso de privacidad, consúltelo en www.segurosbanamex.com.mx en la sección Aviso de Privacidad. Al firmar el presente, otorgo mi consentimiento a Seguros Banamex, S.A. de C.V. para el uso de la información que proporcionaré con motivo de la presente operación en los términos del Aviso de Privacidad Integral que se me puso a disposición previo al tratamiento de mis datos.

Solicito de **Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex**, la expedición de una póliza de Seguro de Vida Individual, con las siguientes condiciones:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE)				R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO			COLONIA		
CÓDIGO POSTAL	ESTADO	TELÉFONO CASA	TELÉFONO OFICINA	E-MAIL	
FECHA DE NACIMIENTO (DIA, MES AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	

SEGURO SOLICITADO

PLAZO DEL SEGURO ☐ 5 AÑOS ☐ 15 AÑOS ☐ 10 AÑOS ☐ 20 AÑOS	MONEDA Y SUMA ASEGURADA ☐ NACIONAL _____ ☐ DÓLAR AMERICANO _____	PAGO DE PRIMAS ☐ ANUAL ☐ MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL
COBERTURAS	☐ FALLECIMIENTO ☐ ANTICIPO ENFERMEDAD TERMINAL ☐ ANTICIPO GASTOS FUNERARIOS	

INFORMACIÓN LABORAL

FAVOR DE DETALLAR SU OCUPACIÓN PRINCIPAL		DESCRIBA EN QUE CONSISTEN SUS LABORES
NOMBRE DE LA EMPRESA Y GIRO DE ESTA	¿A CUÁNTO ASCIENDE SU INGRESO MENSUAL COMPROBABLE?	ALGUNA OTRA OCUPACIÓN
DESCRIBA EN QUE CONSISTEN SUS LABORES		EMPRESA EN LA QUE SE DESEMPEÑA

HÁBITOS Y OTROS DATOS

MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA ☐ UTILIZA AVIACIÓN PRIVADA Y/O MOTOCICLETA		¿HA FUMADO EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? ☐ SI ☐ NO	¿CUANTOS AL DÍA?
¿CUANDO DEJÓ DE FUMAR?	¿PORQUÉ DEJO DE FUMAR?	¿INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS? ☐ SI ☐ NO	CLASE
¿CANTIDAD EN COPAS?	FRECUENCIA ☐ DIARIA ☐ SEMANAL		
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE ALTO RIESGO? ☐ SI ☐ NO		(SI PRACTICA ALGÚN DEPORTE PELIGROSO, COMO ALPINISMO, BUCEO, MOTOCICLISMO, ETC., ES NECESARIO LLENAR EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE)	
¿INDIQUE CUAL? _____		¿CON QUE FRECUENCIA LO REALIZA? _____	
¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? ☐ SI ☐ NO			

CUESTIONARIO MÉDICO

¿PADECE ACTUALMENTE O HA PADECIDO DE:

	SI	NO		SI	NO
1.- DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS TIPOS	☐	☐	13.- ANEURISMA OPERADO	☐	☐
2.- ALGUNO DE SUS PADRES, HERMANOS O ABUELOS HAN PADECIDO DIABETES?	☐	☐	14.- EMBOLIA, TROMBOSIS, APOPLEJIA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	☐	☐
INDIQUE LA EDAD APROXIMADA DE INICIO O DIAGNÓSTICO _____			15.- SIDA O VIH POSITIVO	☐	☐
3.- ENFISEMA PULMONAR O BRONQUITIS CRÓNICA	☐	☐	16.- ¿TIENE O HA TENIDO ALGÚN PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO?	☐	☐
4.- CÁNCER O TUMORES MALIGNOS	☐	☐	17.- USO DE DROGAS Y/O NARCÓTICOS NO PRESCRITAS (DETALLAR)	☐	☐
5.- CIRROSIS HEPÁTICA	☐	☐	EN CASO DE SER MUJER CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:		
6.- HEPATITIS CRÓNICA	☐	☐	18.- ¿ESTA USTED ACTUALMENTE EMBARAZADA?	☐	☐
7.- CIRUGÍA DE VÁLVULA CARDIACA	☐	☐	19. INDIQUE TIEMPO DE EMBARAZO _____		
8.- HIPERTENSION ARTERIAL	☐	☐	20.- ¿ES DE ALTO RIESGO? (EN CASO AFIRMATIVO ANEXAR HISTORIA CLÍNICA)	☐	☐
9.- INSUFICIENCIA RENAL	☐	☐	☐ SI ☐ NO		
10.- CARDIOPATIA, INFARTO, ISQUEMIA, ARRITMIA, INCLUYE OPERACION DE PUENTE AORTOCORONARIO (BY PASS)	☐	☐	ESTATURA _____ MTS.	PESO _____ KGS.	
11.- CIRUGÍA DE DERIVACIÓN/BYPASS O BANDA GÁSTRICA	☐	☐			
12.- PROBLEMAS DE COLUMNA DE CUALQUIER TIPO	☐	☐			
A. ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O LESIÓN?	☐	☐ SI ☐ NO	B. ¿LE HAN PRACTICADO O TIENE PROGRAMADA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	☐	☐ SI ☐ NO

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS,
FAVOR DE DETALLAR Y ANEXAR HISTORIA CLÍNICA**

INCISO	NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, LESIONES, ESTUDIOS O TRATAMIENTOS	FECHAS EN QUE LAS SUFRÍÓ O SE LAS PRACTICARON	DURACIÓN	ESTADO ACTUAL DE SALUD

**OTROS SEGUROS DE VIDA VOLUNTARIOS (ESTA PREGUNTA NO APLICA PARA LOS
EFECTOS DEL ARTÍCULO 47 DE LA LEY SOBRE CONTRATO DE SEGURO)**

¿TIENE O HA TENIDO UN SEGURO DE VIDA CON
NOSOTROS, O HA HECHO ALGUNA SOLICITUD?
☐ SI ☐ NO

INDIQUE EL NÚMERO DE PÓLIZA _____

¿ESTA ACTUALMENTE ASEGURADO EN EL RAMO DE
VIDA? ☐ SI ☐ NO

ESPECIFIQUE COMPAÑÍA, SUMA ASEGURADA Y
MONEDA _____

OBSERVACIONES:

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.

PARA EFECTOS DE IDENTIFICACIÓN PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO	FECHA DE NACIMIENTO	%	TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PAGO DE PRIMA

TIPO DE PAGO:

CARGO A CUENTA BANAMEX

CUENTA PRINCIPAL

CUENTA ALTERNA

☐ CUENTA MAESTRA No. _____ SUC. _____

☐ CUENTA MAESTRA No. _____ SUC. _____

☐ CUENTA CHEQUES No. _____ SUC. _____

☐ CUENTA CHEQUES No. _____ SUC. _____

☐ TARJETA No. _____ VENCE _____

☐ TARJETA No. _____ VENCE _____

NOMBRE DE QUIEN PAGARA LAS PRIMAS

Ocupación

Nacionalidad

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA Y GIRO

R.F.C.

NO. DE CLIENTE

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO CORRESPONDENCIA

DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO		COLONIA	
CÓDIGO POSTAL	ESTADO	TELÉFONO CASA	TELÉFONO OFICINA
E-MAIL			

MUY IMPORTANTE PARA SOLICITANTES; DEBEN LEERLO ANTES DE FIRMAR

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas. Finalmente autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, para que den a **Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex**, todos los informes referentes a mi salud, para lo cual relevo a dichos médicos en relación a su secreto profesional de toda responsabilidad por proporcionar dichos informes.

Autorizo a las compañías de seguros a las que he solicitado un seguro para que proporcionen la información de su conocimiento a **Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex**, con el fin de fortalecer las medidas para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos en contra de su clientela o de la propia Institución. Asimismo, para los fines antes descritos, autorizo a Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, proporcione la información de su conocimiento, a las compañías de seguros a las que en su caso solicite o haya solicitado un seguro.

Se previene al solicitante que conforme al Art. 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida de los derechos que le confiere la póliza correspondiente al asegurado o beneficiario en su caso.

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 60 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. integrante del Grupo Financiero Banamex, o al Banco Nacional de México, S.A. con 30 días naturales de anticipación.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL CONTRATANTE
(SÓLO SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE)

FIRMA DEL SOLICITANTE

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

BANQUERO

Venta realizada por: No. Nómina	NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO	No. DE SUCURSAL
------------------------------------	---	-----------------

CONSULTOR (A) FINANCIERO (A)

Venta realizada por: No. Nómina	NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO	No. DE SUCURSAL
------------------------------------	---	-----------------

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Banamex, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0268-2019/CONDUSEF-003591-07

- Para mayor detalle de las disposiciones legales referidas en este documento puede consultar:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Consulte coberturas y exclusiones de este producto en:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle México, Cd. de Méx., C.P. 03100, <https://www.gob.mx/condusef>.
Tels. 55 5340 0999 y 1 800 999 8080 - asesoria@condusef.gob.mx

UNE Seguros Banamex: Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03240,
Cd. de Méx., Tel. 55 5062 6723 - sbaunecond@banamex.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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de junio de 2019, con el número CNSF-S0050-0268-2019/CONDUSEF-003591-07.