

DATOS DEL CONTRATANTE (Sírvese escribir con letra molde)

Nombre y apellido completo o razón social:			R.F.C.:		
Domicilio: Calle		No.:		Colonia:	
Población:		Estado:		C.P.:	Tel:
Giro, actividad u objeto social:			Profesión u oficio:		
Correo electrónico:			Ingresos mensuales (M.N):		

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (SOLICITANTE)

Nombre, apellido paterno, apellido materno:			R.F.C.:		
Domicilio: Calle		No.:		Col:	
Población:		Estado:		C.P.:	Tel:
Nombre y giro de la empresa en donde trabaja:			Ingresos mensuales (M.N):		
Correo electrónico:			Profesión u oficio:		
Su transporte lo realiza en:			Por su ocupación viaja en:		
Describa brevemente las labores que realizan los integrantes de la familia:			Deportes que practican los integrantes de la familia:		

¿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.

SI No

ASEGURADOS

Nombre (Nombre, apellido paterno, apellido materno) Inclúyase el titular y señale el parentesco.	Parentesco	Fecha de nacimiento (AA/MM/DD)	Sexo	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (Kgs)
	Titular					

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 octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0717-2016** y a partir del día **28 de octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0713-2016**

DATOS DEL SEGURO Y COBERTURAS

PLAN

Médico Esencial
 Médico Total

Suma Asegurada: \$ _____
 Deducible: \$ _____
 Coaseguro: _____ %

Reconocer antigüedad (Anexar comprobantes) SI NO

Incremento en honorarios quirúrgicos _____ %

COBERTURAS OPCIONALES

Indemnización por Enfermedad Grave* SI NO \$ _____
 Eliminación de deducible por accidente SI NO
 Emergencia en el extranjero SI NO
 Cobertura de Visión Incremental* SI NO
 Incremento en parto y cesárea \$ _____
 Cobertura total en el extranjero SI NO

FORMA DE PAGO

Anual
 Trimestral
 Semestral
 Mensual

*Médico Esencial solo puedes contratar estas coberturas

CONDUCTO DE PAGO

Tarjeta de crédito* Pago referenciado* Efectivo Otro _____

*Anexar formatos correspondientes

CUESTIONARIO MÉDICO FAMILIAR

Nota importante: En este cuestionario se deberán incluir los datos de cada uno de los miembros de la familia por asegurarse, debiendo marcar con una "X" el inciso que corresponde a su respuesta, en caso de respuestas afirmativas amplíe los datos en el cuadro siguiente de acuerdo a los conceptos que se le piden.

	SI	NO
1. Alguno de los miembros de la familia por asegurarse padece o ha padecido de:		
a. Infarto al miocardio, presión elevada, fiebre reumática, soplos cardiacos u otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asma, tuberculosis y otra afección respiratoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Úlcera gástrica o duodenal, padecimientos de hígado, intestinos, vesícula biliar o apéndice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Próstata, riñones, diabetes, tiroides, epilepsia, demencia, cáncer, reumatismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Enfermedades de ojos, oídos, nariz o garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Accidentes que hayan ameritado atención médica, hospitalización o intervención quirúrgica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. (Para mujeres) Enfermedades de los senos, matriz, ovarios o embarazo actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Actualmente padece(n) de alguna enfermedad, lesión, afección o deformidad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En los últimos dos años ha(n) consultado al médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le(s) ha(n) practicado alguna intervención quirúrgica o está pendiente de realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE ACUERDO A SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CONTINÚE EL SIGUIENTE RECUADRO

Afectado (Nombre, apellido paterno, apellido materno):	Número de pregunta	Diagnóstico de la enfermedad y fecha en que se realizó	Tratamiento (indique si fue operado)	Duración de la enfermedad	Estado actual

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 octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0717-2016** y a partir del día **28 de octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0713-2016**

En caso de haber llenado el recuadro anterior, favor de autorizar cada uno el uso de sus datos personales sensibles exclusivamente para lo referente del seguro solicitado y de las advertencias debajo indicadas.

Nombre Completo	Firma: Autorizo el uso de mis Datos

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

ADVERTENCIAS:

Se previene al solicitante, que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración de un hecho importante que se le pregunte, para la apreciación del riesgo podría ocasionar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

Enterado de lo anterior y para efecto de esta Solicitud, declaro estar dispuesto si fuera necesario, a pasar exámenes médicos que la compañía estime conveniente a su costa.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera Seguros Banorte, S.A. de C.V. referente a la salud o enfermedades anteriores de los miembros que integran la familia que se asegura.

La protección al Asegurado iniciará a partir de la fecha de vigencia que señale la Póliza y no cuando sea firmada esta solicitud, asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Seguros Banorte, S.A. de C.V. información para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez Seguros Banorte, 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 puedan evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por 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 terminos de la solicitud.

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 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, sean transferidos a las entidades financieras pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demás Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, para las finalidades de prospección comercial.

Contratante: Acepto _____ No Acepto _____

Solicitante: Acepto _____ No Acepto _____

Firma _____

Firma _____

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 octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0717-2016** y a partir del día **28 de octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0713-2016**

El agente hace constar que, el contratante y/o las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en su presencia; que le ha enterado de forma adecuada de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada; que no cuenta con facultades de representación de Seguros Banorte para suscribir, aceptar riesgos o modificar riesgos; que podrá cobrar primas contra aviso de cobro expedido por Seguros Banorte y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta.

Nombre y Clave del Agente _____

Firma del Agente _____

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 solicitante. 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 01 800 837 1133.

Manifiesto mi conformidad en transferir los datos personales de los asegurados señalados en el presente documento, incluyendo los datos sensibles a Seguros Banorte, S.A. de C.V., exclusivamente para lo referente al seguro solicitado. Lo anterior en términos de lo estipulado por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en específico en lo señalado en el artículo 37 fracción IV de la misma y en el artículo 17 de su reglamento.

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 _____.

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

Nombre y firma del
Contratante

Fecha

Nombre y firma del
Solicitante

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 505, Piso 43, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación 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, Delegación 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

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 octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0717-2016** y a partir del día **28 de octubre de 2016** con el número **CNSF-S0001-0713-2016**