



**CARDIF**  
GRUPO BNP PARIBAS

**SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE LA  
COBERTURA DE FALLECIMIENTO, EN LA OPERACION DE VIDA.  
SEGURO TEMPORAL DE VIDA INDIVIDUAL A 5 AÑOS**

<b>Tipo de seguro</b>	Seguro de Vida Individual
<b>Plan</b>	<b>Temporal a 5 años renovable</b>
	* En la renovación se aplicará la tarifa en vigor de acuerdo a la edad alcanzada
	* Renovación vitalicia
<b>Cobertura</b>	Fallecimiento, sin beneficios adicionales ni inversión
<b>Moneda</b>	Nacional
<b>Suma Asegurada</b>	\$100,000.00
	\$200,000.00
	\$300,000.00
	Monto máximo de cobertura por persona
<b>Edades de Aceptación</b>	Mínima: 18 años
	Máxima: 65 años
<b>Forma de Pago</b>	Anual, no aplica pago fraccionado
<b>Periodo de Gracia para Pago de Prima</b>	30 días
<b>Periodo de Disputabilidad</b>	5 años
<b>Tarifa por aseguradora</b>	* Se definirá una tarifa por edad y sexo
	* La tarifa será a nivel nacional
	* Cada aseguradora definirá si aplica una Prima Mínima como parte de su tarifa
<b>Conductos de Venta</b>	Se podrá realizar por cualquier conducto que la aseguradora tenga autorizado

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_".



**CARDIF**  
**GRUPO BNP PARIBAS**

## INDICE

### CONDICIONES GENERALES

#### 1. DEFINICIONES

- 1.1 CONTRATANTE
- 1.2 ASEGURADO
- 1.3 BENEFICIARIO
- 1.4 POLIZA O CONTRATO DE SEGURO
- 1.5 SOLICITUD
- 1.6 ENDOSO
- 1.7 PRIMA
- 1.8 SUMA ASEGURADA
- 1.9 SINIESTRO
- 1.10 PERIODO DE GRACIA
- 1.11 RECIBO DE PAGO
- 1.12 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
- 1.13 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
- 1.14 LEY

#### 2. OBJETO DEL SEGURO

#### 3. DESCRIPCION DEL SEGURO DE VIDA

- 3.1 PROTECCION O COBERTURA

#### 4. SINIESTRO

- 4.1 AVISO DEL SINIESTRO
- 4.2 COMPROBACION DEL SINIESTRO
- 4.3 PAGO DEL SINIESTRO

#### 5. CLAUSULAS GENERALES

- 5.1 VIGENCIA DEL CONTRATO
- 5.2 RENOVACION AUTOMATICA Y VITALICIA
- 5.3 TERMINACION Y/O CANCELACION DEL CONTRATO
- 5.4 REHABILITACION
- 5.5 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES
- 5.6 RECTIFICACION DE LA POLIZA
- 5.7 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS
- 5.8 DISPUTABILIDAD
- 5.9 PRIMAS
- 5.10 CARENCIA DE RESTRICCIONES
- 5.11 PERIODO DE GRACIA
- 5.12 LUGAR DE PAGO
- 5.13 PERIODICIDAD
- 5.14 EDAD
- 5.15 BENEFICIARIOS
- 5.16 SUICIDIO
- 5.17 INTERES MORATORIO
- 5.18 COMPETENCIA

**Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.**

Paseo de las Palmas 425, piso 5, Col. Lomas de Chapultepec. C.P. 11000, México, D.F.

Tel. +52(55)2282 2000, Fax +52(55)2282 2001, [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)



- 5.19 PRESCRIPCIÓN
- 5.20 MONEDA
- 5.21 INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES
- 5.22 RÉGIMEN FISCAL

## CONDICIONES GENERALES

### 1. DEFINICIONES

#### 1.1 **Contratante.**

Persona física o moral señalada en la Póliza que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceros, la cual se obliga a efectuar el pago de las Primas correspondientes al seguro. El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea diferente, se hará constar en la Póliza su consentimiento.

#### 1.2 **Asegurado.**

Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza.

#### 1.3 **Beneficiario.**

Persona o personas que por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

#### 1.4 **Póliza o Contrato de Seguro.**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

#### 1.5 **Solicitud de Seguro.**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

#### 1.6 **Endoso.**

Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

#### 1.7 **Prima.**

Cantidad que deberá pagar el Contratante del seguro como condición para mantener vigente la Póliza, cuyo monto se señala en la carátula de la Póliza.

#### 1.8 **Suma Asegurada.**

Cantidad establecida en la carátula de la Póliza por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

#### 1.9 **Siniestro.**

Fallecimiento del Asegurado que produce efecto sobre esta Póliza.

#### 1.10 **Periodo de Gracia.**

Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

#### 1.11 **Recibo de Pago.**

Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

#### 1.12 **Fecha de Inicio de Vigencia.**

Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

#### 1.13 **Fecha de Término de Vigencia.**



Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

**1.14 Ley.**

Se refiere a la Ley sobre el Contrato de Seguro.

**2. OBJETO DEL SEGURO**

Nombre de la Compañía en adelante denominada la Compañía, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado y se cumpla con lo establecido en el numeral 4.2.

**3. DESCRIPCION DEL SEGURO DE VIDA**

**3.1 Protección o Cobertura.**

La Compañía pagará a los Beneficiarios en una sola exhibición la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que éste fallezca mientras el Contrato de Seguro esté vigente. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

**4. SINIESTRO**

**4.1 Aviso del Siniestro.**

El Contratante y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 de la Ley.

**4.2 Comprobación del Siniestro.**

El Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir a los Beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

**Información para el pago del Siniestro:**

- a. Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
- b. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- c. Acta de Defunción (copia certificada).
- d. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
- e. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
- f. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- g. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- h. Identificación Asegurado y Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- i. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- j. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químicos, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
- k. Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

La compañía se reserva el derecho a resolicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley.

**4.3 Pago del Siniestro.**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en una sola exhibición en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza, y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de la Póliza.



La Compañía tendrá derecho de compensar las Primas que se le adeuden.

LA COMPAÑÍA hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

## **5. CLAUSULAS GENERALES**

Esta Póliza, sus Endosos, la Solicitud de Seguro, así como los Recibos de Pago de Primas, constituyen prueba de este Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, que sólo podrá ser modificado mediante previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado haciéndose constar por escrito mediante Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### **5.1 Vigencia del Contrato.**

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia, estipuladas en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

### **5.2 Renovación Automática y Vitalicia.**

Esta Póliza se renovará automáticamente y por periodos sucesivos de 5 (cinco) años una vez que se alcance el fin de Vigencia del Contrato estipulado en la Carátula de la Póliza. Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante, comunicada con una anticipación de al menos 30 (treinta) días naturales anteriores a la Fecha de Término de Vigencia de la misma.

La renovación automática se otorgará, de manera vitalicia sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando haya sido asegurado dentro del periodo de aceptación, sujeta a las siguientes condiciones:

1. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación automática coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el Contratante solicite por escrito su modificación al inicio de la renovación automática, en caso de solicitar un incremento de Suma Asegurada deberá notificar los cambios que modifiquen lo declarado en la Solicitud de seguro y la misma fuera aprobada por la Compañía cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
2. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación automática, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación automática.
3. En cada renovación automática la Compañía hará constar la Suma Asegurada, Fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, Fecha de Término de Vigencia de la renovación, plazo del seguro de 5 (cinco) años, plazo de pago de Primas de 5 (cinco) años y la Prima correspondiente.

### **5.3 Terminación y/o Cancelación del Contrato.**

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula 5.11 del presente apartado, si no se ha recibido el pago de la(s) Prima(s) correspondiente(s).
- b. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- c. Cuando a petición del Contratante, la Póliza no sea renovada.
- d. A la fecha de ocurrencia del Siniestro.

### **5.4 Rehabilitación.**

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.



- b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidas por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

#### **5.5 Modificaciones y Notificaciones.**

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

#### **5.6 Rectificación de la Póliza.**

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

#### **5.7 Omisiones o Declaraciones Inexactas.**

El Contratante y/o el Asegurado, está(n) obligado(s) a declarar por escrito a la Compañía en la Solicitud del Seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

#### **5.8 Disputabilidad.**

**Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años, por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47 de la Ley, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.**

**Lo anterior aplica para el incremento de suma asegurada y los 5 (cinco) años contarán a partir de que se autorice el aumento correspondiente.**

#### **5.9 Primas.**

El Contratante deberá pagar la Prima anual a partir de su vencimiento y durante el plazo de pago estipulado en la carátula de la Póliza equivalente a 5 (cinco) años.

Mientras esta Póliza esté en vigor, la Compañía no podrá modificar las Primas, salvo que se modifique el riesgo pactado.

Se excluye del alcance de esta cláusula a los gastos de expedición, mismos que corresponderán a los que estén en vigor al momento de la expedición del recibo correspondiente.

#### **5.10 Carencia de restricciones.**

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida del Asegurado.

#### **5.11 Periodo de Gracia.**

El Contratante dispondrá anualmente de un Periodo del Gracia de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de Prima. Transcurrido este plazo, si no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a



cancelar la Póliza. Este periodo de tiempo es contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia y de acuerdo con lo estipulado en los Recibos de pago de Primas, si ocurriera el Siniestro durante este periodo de tiempo, se deducirá el monto de la Prima no pagada de la indemnización a entregar.

**5.12 Lugar de Pago.**

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del Recibo de Pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

**5.13 Periodicidad.**

Las Primas tienen periodicidad anual.

**5.14 Edad.**

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y
- d. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

**5.15 Beneficiarios.**

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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 deben 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 tendrá 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.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

#### **Cambio de Beneficiarios.**

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

#### **5.16 Suicidio.**

**En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación, la obligación de la Compañía se limitará a devolver la Reserva Matemática disponible en la fecha del fallecimiento. Lo señalado en el texto anterior, aplica sin importar la causa y el estado físico y/o mental del Asegurado y también para el incremento de suma asegurada que en su caso se efectúe en la renovación.**

#### **5.17 Interés Moratorio.**

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Ley Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

**I.-** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

**II.-** Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

**III.-** En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;





**IV.-** En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

**V.-** En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

**VI.-** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

**VII.-** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y

**VIII.-** Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

#### **5.18 Competencia.**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

#### **5.19 Prescripción.**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.



**CARDIF**  
**GRUPO BNP PARIBAS**

**5.20 Moneda.**

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

**5.21 Intermediación o Revelación de Comisiones.**

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

**5.22 Régimen Fiscal.**

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

**“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.”**

*“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite [www.-----](http://www.-----); o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).”*



# CARDIF

## GRUPO BNP PARIBAS

Solicitud No.

### Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

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 o falta alguno de los datos solicitados.

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

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante 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 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

Día	Mes	Año

Sexo

--	--

Edad

Estado Civil

Nacionalidad

Ciudad y Estado de Nacimiento

--	--

En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si ( ) No ( )

### Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con Homoclave	CURP
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	Describe en que consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores

### Domicilio Particular

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	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	Materno	Nombre(s)
Relación con el solicitante:		

RFC con homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	------	--------------------	---------------------

### Domicilio Particular

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado
		Código Postal

### DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción	Forma de pago
Temporal a 5 años Renovable	100,000 ( )      200,000 ( )      300,000 ( )	ANUAL

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

Paseo de las Palmas 425, piso 5, Col. Lomas de Chapultepec. C.P. 11000, México, D.F.

Tel. +52(55)2282 2000, Fax +52(55)2282 2001, www.cardif.com.mx



# CARDIF

## GRUPO BNP PARIBAS

### 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? Si ( ) No ( )

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si ( ) No ( ) En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

### Cuestionario Médico

Peso \_\_\_\_\_ k g Talla \_\_\_\_\_ cm

Fuma

Si  No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. *Diabetes*
2. *Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma*
3. *Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus*
4. *Cirrosis hepática, hepatitis crónica, insuficiencia hepática*
5. *Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón*
6. *Insuficiencia renal o pancreatitis*
7. *Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral*
8. *VIH, SIDA o seropositivo al VIH*

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

### 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 (nombre compañía de seguros), 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 (nombre compañía de seguros), 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 (nombre compañía de seguros) la información de su conocimiento y que a su vez (nombre compañía de seguros) proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

### PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (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 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud? Si ( ) No ( )

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_".

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

Paseo de las Palmas 425, piso 5, Col. Lomas de Chapultepec. C.P. 11000, México, D.F.

Tel. +52(55)2282 2000, Fax +52(55)2282 2001, www.cardif.com.mx



**LOGOTIPO**

**FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

ESTE DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA POR EL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
No. DE PÓLIZA:	TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL):	No. DE CERTIFICADO:	
RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:	CIUDAD:	ESTADO:	EDAD AL FALLECIMIENTO:
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DEL FALLECIMIENTO	DIA   MES   AÑO
EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN EL HOSPITAL O SANATORIO ¿CUÁL?:		¿TIEMPO DE CONOCER AL ASEGURADO?	
¿TIEMPO DE ATENDER AL ASEGURADO?	¿CUÁNDO FUE UD. CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO?		
EN CASO DE NO HABERLO TRATADO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?			
¿HUBO EN LA MUERTE DEL ASEGURADO EFECTOS DIRECTOS O INDIRECTOS CAUSADOS POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS U OTROS TIPOS DE ESTIMULANTES O ENERVANTES, ETC?. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR			
¿EN QUE ENFERMEDADES O AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ UD., O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE? (DETALLAR EL SIGUIENTE CUADRO)			
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD			
NO. DE VECES QUE LO ASISTIÓ			
FECHA DE INICIO	DIA   MES   AÑO	DIA   MES   AÑO	DIA   MES   AÑO
DURACIÓN			
GRAVEDAD			
SECUELAS			
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO			
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
PARTE I	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	
ENFERMEDAD, LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA MUERTE DIRECTAMENTE	A)		
CAUSAS, ANTECEDENTES.	B)		
ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE PRODUJERON LA CAUSA CONSIGNADA ARRIBA, MENCIONÁNDOSE EN ÚLTIMO LUGAR LA CAUSA BÁSICA.	C)		
	D)		
PARTE II			
OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO.			
<b>NOTA:</b> LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN DEBERÁN ANOTARSE DE ACUERDO CON EL MODELO DEL CERTIFICADO INTERNACIONAL QUE COMPRENDE LAS PARTES: I "CAUSA DE DEFUNCIÓN A), B) Y C)" Y LA II " OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA".			
HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTOY PROPORCIONANDO EN ESTE DOCUMENTO, ESTÁ APEGADA A LA VERDAD, DE ACUERDO A LOS ELEMENTOS QUE CONOZCO SOBRE EL CASO EN CUESTIÓN.			
DATOS DEL MÉDICO			
NOMBRE DEL MÉDICO:			
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	
TELÉFONO:	CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD:	CÉDULA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES:	
CÉDULA DE ESPECIALIDAD:	R.F.C.:	LUGAR	FECHA: DIA   MES   AÑO
_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			



**CARDIF**  
GRUPO BNP PARIBAS

**LOGOTIPO**

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN  
DE BENEFICIARIO (S)**

<b>LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.</b>			
No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL)	
NOMBRE DEL CONTRATANTE:			
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, No., Colonia):			CIUDAD:
ESTADO:	C.P.	TELÉFONO	
RFC:	CURP:	FECHA DE NACIMIENTO: DIA   MES   AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:		OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:			
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:			
<b>DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)</b>			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
<b>DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO</b>			
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	FECHA DEL FALLECIMIENTO DIA   MES   AÑO		
CAUSA DE FALLECIMIENTO:			
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:			FECHA DIA   MES   AÑO
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTRO:			
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:			NO. DE ACTA MP
<b>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS</b>			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
LUGAR Y FECHA:			

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO