

SOLICITUD
SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL

Solicitud Número: _____

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, darán 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(s):	Apellido Paterno	Apellido Materno
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	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	R.F.C. 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	Describa en qué consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores

Domicilio Particular		
Calle y número exterior	Número Interior	Colonia
Ciudad o Población	Municipio o Alcaldía	Estado
Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono Oficina
Correo Electrónico		

Datos del Contratante (en caso de ser diferente al Solicitante)		
Nombre y/o Razón Social		
Nombre(s):	Apellido Paterno	Apellido Materno
Relación con el Solicitante		
R.F.C. con Homoclave	CURP	Nacionalidad
Sexo	Teléfono Particular	Correo Electrónico

Domicilio Particular			
Calle y número exterior	Número Interior		Colonia
Ciudad o Población	Municipio o Alcaldía	Estado	Código Postal

Datos del Plan		
Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir solo una opción	Forma de Pago
Temporal a 5 años Renovable	\$100,000.00 <input type="checkbox"/>	Anual
	\$200,000.00 <input type="checkbox"/>	
	\$300,000.00 <input type="checkbox"/>	

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.

	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

Datos de los Beneficiarios

	Calle, Número Interior, Número Exterior, Colonia, Municipio o Alcaldía, Entidad Federativa o Población, Código Postal
1°	
2°	
3°	
4°	
5°	

Otros Seguros de Vida

(Esta información no faculta a la institución para rescindir el contrato de seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) Compañía(s) o más que sean voluntarios?

Sí No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Cuestionario Médico

Peso	kg	Talla	cm
Fuma			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
1. Diabetes			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
5. Enfermedades cardiacas , infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
6. Insuficiencia renal o pancreatitis			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH			<input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>
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 Cardif México Seguros de Vida, S.A.

de C.V., aun 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 Cardif México Seguros de Vida, 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 Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. 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) Agentes		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 llenó y firmó esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la Póliza, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en www.cardif.com.mx, o bien, en el RECAS*.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía la cual se encuentra ubicada Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, con los teléfonos 55 4123 0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 800 522 0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 21:00 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx, o visite www.cardif.com.mx; o bien, contacte a CONDUSEF** que

está ubicada en Insurgentes Sur 762 Colonia Del Valle Ciudad de México, C.P. 03100 o al teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080 o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.”

*Registro de Contratos de Adhesión de Seguros.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Este seguro cuenta con el número de registro CNSF-S0104-0664-2015/CONDUSEF-000476-02 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF).

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado “Seguro Básico Estandarizado para la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida” quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de febrero de 2016, con el número CNSF-S0104-0664-2015/CONDUSEF-000476-02”.

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., (en lo sucesivo, “Cardif”), con domicilio en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa a la persona que requisiere esta solicitud, que toda la información que se solicita en la misma, será utilizada únicamente para efectos de analizar la posible aceptación de la propuesta de seguro y su contratación.

El Contratante declara conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Cardif, autorizando a Cardif, o a cualquier persona que ésta designe, y dentro de los límites previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, haga uso de los datos personales proporcionados en esta solicitud para todos los fines del contrato de seguro del cual se derive el presente documento.

Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el Aviso de Privacidad completo, ingresando a www.cardif.com.mx