

### DATOS DEL CONTRATANTE (Sírvese escribir con letra molde)

Nombre y Apellido Completo ó 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

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					

### DATOS DEL SEGURO Y COBERTURAS

<b>PLAN</b>	Médico Esencial <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada: \$ _____
	Médico Total <input type="checkbox"/>	Deducible: \$ _____
		Coaseguro: _____ %
Reconocer Antigüedad (Anexar comprobantes)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Incremento en Honorarios Quirúrgicos _____ %

### COBERTURAS OPCIONALES

Indemnización por Enfermedad Grave*	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ _____	Cobertura de Visión*	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Eliminación de Deducible por Accidente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Incremento en Parto y Cesarea	\$ _____
Emergencia en el Extranjero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cobertura Total en el Extranjero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

\*Médico Esencial solo puedes contratar estas coberturas

### FORMA DE PAGO

Anual  Trimestral  Semestral  Mensual

### CONDUCTO DE PAGO

Tarjeta de Crédito\*  Efectivo   
Pago Referenciado\*  Otro

\*Anexar formatos correspondientes

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 CNSF-S0001-0198-2012 de fecha 18 de mayo de 2012, CNSF-S0001-0278-2013 de fecha 02 de mayo de 2013 y CNSF-S0001-0003-2013 de fecha de 07 de enero de 2013.

## 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.

- |                                                                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Alguno de los miembros de la familia por asegurarse padece o ha padecido de:                               | SI                       | NO                       |
| 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 CONTÍNE 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

### 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, autorizó 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 solo 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.**

"De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Compañía se obliga a solicitar al Asegurado o Contratante, su consentimiento para tratar sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generen con motivo de la relación jurídica que se tenga celebrada, o que en su caso se celebre.

La Compañía además, se obliga a informarle al Asegurado o Contratante, que sus datos se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que el Asegurado o Contratante aceptará la transferencia que pudiera realizarse de ellos a entidades integrantes del Grupo Financiero Banorte y subsidiarias de éstas instituciones y terceros, nacionales o extranjeros, conforme a las finalidades establecidas en el Aviso de Privacidad de la Compañía.

Dicho Aviso de Privacidad estará disponible en la página web de la Compañía: [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)"

El agente hace constar que, el Contratante y/o las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en su preferencia; 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Nombre y Clave del Agente \_\_\_\_\_

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 CNSF-S0001-0198-2012 de fecha 18 de mayo de 2012, CNSF-S0001-0278-2013 de fecha 02 de mayo de 2013 y CNSF-S0001-0003-2013 de fecha de 07 de enero de 2013.