

DATOS CONTRATANTE / SOLICITANTE

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno				Fecha de Solicitud		Día	Mes	Año
R.F.C.				C.U.R.P.				
Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)			Sexo	Masculino	Nacionalidad	Mexicana	Estado Civil	
			Femenino	Extranjera	Soltero - Divorciado - Viudo	Casado - Unión Libre	Sociedad de convivencia	
Domicilio Calle						No. Exterior		No. Interior
Colonia			Delegación o municipio			Población o ciudad		
Estado		Código Postal	Tel. particular (con clave de ciudad)		Tel. oficina (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
			01		01		044	
Peso	Estatura		Fumas	Sí	Correo electrónico			
				No				

CUESTIONARIOS
OCUPACIÓN

1. ¿Desempeñas alguna de las siguientes actividades: agente de seguridad, secreto o guardaespaldas; policía de cualquier corporación o dependencia sea gubernamental o privada, militar, empleado de PGR, PGJ, AFI, PFP; piloto, personal de tripulación y pasajeros, excepto de aviación comercial; chofer u operador transportista de materiales inflamables, explosivos o tóxicos; minero subterráneo; obrero con uso de material explosivo y personal en plataformas marinas; despachador de auto tanques (pipas) de gasolina y gas; brigadista, rescatista y socorrista; buzo; actor y doble; fotógrafo aéreo; acróbata en el aire y en motocicleta; boxeador; corredor de autos, motocicletas y caballos; tauromaquia en general; domador de animales peligrosos; gobernador; presidente municipal, secretario de seguridad o de estado, practicante de charrería, cacería, vuelos ultraligeros, alpinismo de forma amateur o profesional?

Sí No

Ocupación / Actividad

MÉDICO

1. ¿Padeces o has padecido algunas de las siguientes enfermedades o afecciones: cáncer de cualquier tipo y localización incluyendo leucemia, diabetes insulino dependiente y/o insuficiencia renal, neurológicas, cerebro vasculares y mentales, infarto cardiaco o angina de pecho, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis C o cirrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?

Sí No

2. ¿Tienes pendiente alguna operación, hospitalización, estudios de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, eco cardiograma, coronariografía, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?

Sí No

OTROS SEGUROS

1. ¿Tienes en vigor otros seguros de Vida Individual en esta Compañía cuya suma asegurada, incluyendo la que está solicitando, sea mayor a \$3,750,000.00 o su equivalente en dólares?

Sí No

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Coberturas amparadas		Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente	Pérdida Orgánica por Accidente	Suma asegurada		\$
Frecuencia de pago		Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Forma de pago	
						Pago referenciado en banco (sólo anual)	
						Cargo automático	
Moneda	Nacional	Dólares	El plan a contratar en moneda nacional contempla incrementos automáticos de suma asegurada conforme a la inflación.				
Tipo de comisión		Nivelada	Si no deseas dicho incremento, indícalo: <input type="checkbox"/> No deseo el incremento automático de suma asegurada				

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Si eliges fideicomiso o pago de rentas, anexa formatos correspondientes)

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 legaciones civiles previenen la forma en la que se debe designar 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), apellido paterno, apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento	% de participación
1.				
2.				
3.				