



Fecha: \_\_\_\_\_

Solicitud Número: [ \_\_\_\_\_ ]

**Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Accidentes Personales**

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.

**AUTORIZACIÓN**

**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 Completo del Solicitante**

Nombre(s):		Apellido Paterno:			Apellido Materno:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nacionalidad:	Ciudad y Estado de Nacimiento:
dd/mm/aa					

**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:	Describa en qué consisten sus labores:		Empresa en que desempeña sus labores:

**Domicilio Particular**

Calle y número exterior:	Número	Colonia:	Ciudad o Población:
--------------------------	--------	----------	---------------------

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.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)



		interior:		
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		
Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Relación con el Solicitante:		

RFC con Homoclave:	CURP:	Nacionalidad:	Sexo:	Teléfono Particular	Correo Electrónico

**Domicilio Particular**

Calle y número exterior:	Número interior:	Colonia:	Ciudad o Población:
Municipio o Delegación:	Estado:	C.P.:	

**DATOS DEL PLAN**

<b>Seguro Básico Accidentes Personales</b>	<b>Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción</b>	<b>Forma de Pago:</b>
	100,000[ ] 200,000[ ]	<b>Anual</b>

**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

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.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)




**OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES**

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si [ ] No [ ]	Compañía	Suma Asegurada
---	----------	----------------

Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

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., 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 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.

**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.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)



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 [ ]

***“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 de Accidentes Personales” quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Diciembre de 2015, con el número CNSF-S0104-0665-2015”.***

“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 en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en el Distrito Federal y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 21:00 horas, o visite [www.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx); o bien comuníquese 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).”

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.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx), o bien, en el RECAS.\*

## **PÓLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN EL RECAS MEDIANTE NÚMERO CNSF-S0104-0665-2015/CONDUSEF-002011-01**

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.bnpparibascardif.com.mx](http://www.bnpparibascardif.com.mx)