

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: dd/mm/aa	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:		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	Estado:	C.P.:	Teléfono	Teléfono Oficina:	

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

**BNP PARIBAS
CARDIF**

Delegación:		Particular:	
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:	Correo Electrónico
--------------------	-------	---------------	-------	--------------------

Domicilio Particular

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

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

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

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



BNP PARIBAS CARDIF

¿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

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma Si No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. Diabetes Si No

2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma Si No

3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus Si No

4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática Si No

5. Enfermedades cardíacas , infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón Si No

6. Insuficiencia renal o pancreatitis Si No

7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral Si No

8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH 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 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.

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



BNP PARIBAS CARDIF

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 envió:	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud? Sí [] 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 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”.

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, 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 en Paseo de las Palmas 425 Piso 5, Colonia Lomas de Chapultepec, con los teléfonos 4123-0400 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o al 01800-522-0983 desde el interior de la

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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

República con un horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, o al correo electrónico une@cardif.com.mx, o visite 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.”

**PÓLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN EL RECAS* MEDIANTE NÚMERO
CNSF-S0104-0664-2015/CONDUSEF-000476-01**

* RECAS. Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF

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

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