

|  |
|--|
|  |
|--|

**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 |     |     | Sexo | Edad | Estado Civil | Nacionalidad | Ciudad y Estado de nacimiento |
|---------------------|-----|-----|------|------|--------------|--------------|-------------------------------|
| Día                 | Mes | Año |      |      |              |              |                               |
|                     |     |     |      |      |              |              |                               |

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 que consisten sus labores              |                   | Empresa en que desempeña sus labores |      |

**Domicilio Particular**

|                         |        |                 |                     |                  |                    |
|-------------------------|--------|-----------------|---------------------|------------------|--------------------|
| Calle y Número Exterior |        | Número Interior | Colonia             |                  | Ciudad o Población |
| 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**

|                                     |                  |            |
|-------------------------------------|------------------|------------|
| <b>Nombre y/o Razón Social:</b>     |                  |            |
| Apellido Paterno                    | Apellido Materno | Nombres(s) |
| <b>Relación con el Solicitante:</b> |                  |            |

|                   |      |              |      |                    |                     |
|-------------------|------|--------------|------|--------------------|---------------------|
| RFC con Homoclave | CURP | Nacionalidad | Sexo | Correo Electrónico | Teléfono Particular |
|-------------------|------|--------------|------|--------------------|---------------------|

**Domicilio Particular**

|                         |                    |                 |        |               |  |
|-------------------------|--------------------|-----------------|--------|---------------|--|
| Calle y Número Exterior |                    | Número Interior |        | Colonia       |  |
| Delegación o Municipio  | Ciudad o Población |                 | Estado | Código Postal |  |

**DATOS DEL PLAN**

|                                    |   |             |             |                      |
|------------------------------------|---|-------------|-------------|----------------------|
| <b>Nombre del Plan</b>             | <b>Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción</b> |             |             | <b>Forma de pago</b> |
| <b>Temporal a 5 años Renovable</b> | 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) Beneficiarios(s) | Parentesco (para efectos de identificación) | Participación % de la Suma Asegurada |
|                                    |   |                                      |
|                                    |   |                                      |
|                                    |   |                                      |

**OTROS SEGUROS DE VIDA**

|  |                |                                     |      |  |
|--|----------------|-------------------------------------|------|--|
| ¿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 <input type="checkbox"/> |
|  |                |                                     |      |  |
|  |                |                                     |      |  |
|  |                |                                     |      |  |
|  |                |                                     |      |  |
| ¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si ( ) No ( )   |                | En caso afirmativo ¿Por qué motivo? |      |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Cuestionario Médico</b>   |   |
| Peso _____ kg Talla _____ cm   |   |
| Fuma   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 1. Diabetes  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH   | Si <input type="checkbox"/> 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 Seguros Azteca, 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 Seguros Azteca, 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 Seguros Azteca, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Azteca, 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(os) 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 llenó y firmó esta solicitud?      Si ( )      No ( )

Este seguro cuenta con exclusiones y limitantes, las cuales pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y en la siguiente página electrónica [www.segurosazteca.com.mx](http://www.segurosazteca.com.mx)

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Seguros Azteca, S.A. de C.V. ubicada en Insurgentes Sur 3579 Torre 3 PB, Colonia Tlalpan la Joya, Delegación Tlalpan, C.P. 14000, comunicarse a los teléfonos 17209854 desde la Ciudad de México o al 018008108181 desde el Interior de la República, o al correo electrónico: [ueap@segurosazteca.com.mx](mailto:ueap@segurosazteca.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 53400999 desde la Ciudad de México o al 018009998080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx)

Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página electrónica [www.segurosazteca.com.mx](http://www.segurosazteca.com.mx)

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de julio de 2009, con el número CNSF-S0098-0463-2009/CONDUSEF-001655-01”