

**MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE**

De acuerdo a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, como los conozca, o deba conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración, inexacta o falsa declaración de los hechos importantes podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o beneficiario en su caso.

**DATOS DEL CONTRATANTE (El que paga la prima del seguro)**

Nombre:  
 RFC: Persona: Física ( ) Moral ( )  
 Domicilio: Código Postal:  
 Estado:  
 Teléfono particular: Teléfono celular:  
 Correo electrónico:

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre: Edad:  
 RFC: Sexo: F( ) M( )  
 Fecha de nacimiento: Nacionalidad:  
 Ocupación:  
 Giro de la empresa en que trabaja o giro en el que desarrolla su ocupación:

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Peso \_\_\_\_\_ kgs. Estatura \_\_\_\_\_ cm

¿Padece o ha padecido alguna(s) de la(s) siguiente(s) enfermedad(es)?

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. Diabetes   | ( ) sí ( ) no |
| 2. Enfisema pulmonar, bronquitis aguda o asma   | ( ) sí ( ) no |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus   | ( ) sí ( ) no |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis C o insuficiencia hepática  | ( ) sí ( ) no |
| 5. Enfermedades cardíacas, infarto isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | ( ) sí ( ) no |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis   | ( ) sí ( ) no |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral  | ( ) sí ( ) no |
| 8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH  | ( ) sí ( ) no |

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

\_\_\_\_\_

**PLAN**

**BÁSICO DE VIDA**

**COBERTURAS**

| Descripción de Coberturas | Suma Asegurada                      |
|---------------------------|-------------------------------------|
| <b>FALLECIMIENTO</b>      | 100,000 ( ) 200,000 ( ) 300,000 ( ) |

**PRIMAS DEL SEGURO**

Forma de pago: ANUAL

Moneda Nacional (pesos)

**AUTORIZACIÓN DE CARGO**

| Conducto de Cobro Preferente | Banco | No. de Cuenta |
|------------------------------|-------|---------------|
|                              |       |               |
| Conducto de Cobro Auxiliar   | Banco | No. de Cuenta |
|                              |       |               |

Manifiesto mi entendimiento y consentimiento para realizar el cargo respecto del monto total de la prima del Seguro mediante alguna de las dos formas de pago siguientes: a) Domiciliación o b) Cargo Recurrente. Se aclara que se va a identificar la forma anterior seleccionada dependiendo de los datos ingresados en el cuadro de la Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza.

a) Domiciliación: Solicito y autorizo que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta conforme al cobro del monto total de las primas de Zurich Santander Seguros México S.A. Mismas que se me realizarán por una periodicidad del pago (*Facturación*) o, en su caso, el día específico en el que solicite realizar el pago ANUAL. De la misma manera señalo como referencias que los datos del nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo, así como la información específica de los datos e información bancaria de identificación, están contenidas en la sección de Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza. Finalmente indico que el Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación es EL MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO.

Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo. b) Cargo Recurrente: Solicito y autorizo que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos recurrentes en mi tarjeta de crédito conforme al cobro del monto total de las primas de Zurich Santander Seguros México S.A. Mismas que se me realizarán por una periodicidad del pago (*Facturación*) o, en su caso, el día específico en el que solicite realizar el pago ANUAL. De la misma manera señalo como referencias que los datos del nombre del banco que lleva la Tarjeta de Crédito en la que se realizará el cargo, así como la información específica de los datos e información bancaria de identificación, están contenidas en la sección de Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza. Finalmente indico que el Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación es EL MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO.

Estoy enterado de que en cualquier momento podré pedir a La Compañía que cancele sin costo la realización del Cargo Recurrente solicitado.

**AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Con la firma de la presente, el Solicitante autoriza a las compañías de seguros a las que previamente ha solicitado pólizas de seguro, para que proporcionen a Zurich Santander Seguros México S.A., la información de su conocimiento para la correcta evaluación de su solicitud y que a su vez Zurich Santander Seguros México S.A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado y a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad para que proporcionen a los informes referentes a mi salud, relevando a esas personas del secreto profesional.

**RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**

La renovación de la póliza se efectuará en forma automática bajo los términos y condiciones establecidos en la cláusula de Renovación de las Condiciones Generales, aplicando las tarifas vigentes en la fecha de renovación. El pago de la prima será prueba suficiente de que la renovación fue aceptada.

Si el Contratante no desea renovarla, deberá notificarlo por escrito a La Compañía, con una antelación no menor de 30 días naturales a la fecha del vencimiento de la póliza, con apego a las Condiciones Generales del Seguro.

### BENEFICIARIOS

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales asignaciones. 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 | Porcentaje (suma 100%) |
|--------|------------------------|
|        |                        |

### DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Declaro para todos los efectos legales que haya lugar que:

He verificado que los datos asentados en la Solicitud son correctos, igualmente declaro que el origen de los recursos con los que contraté mi seguro son de origen lícito y los fondos con los que cuento para el pago de las primas generadas y que se generen son de mi propiedad.

De igual manera autorizo expresamente a Zurich Santander Seguros México S.A. solicitar y compartir la información contenida en este documento, así como la contenida en cualquier otro que permita mi identificación y la integración de mi expediente, con las distintas entidades financieras integrantes de Grupo Financiero Santander México.

### AVISO DE PRIVACIDAD AVISO DE PRIVACIDAD

Zurich Santander Seguros México S.A. señalando como domicilio convencional para los efectos relacionados con el presente aviso en Av. Juan Salvador Agraz #73, pisos 3 y 4 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos personales serán protegidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares así como por nuestra política de privacidad y que el tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, enunciando sin limitar, de dar cumplimiento a las obligaciones contractuales pactadas entre las partes, la realización de actividades propias, relacionadas y derivadas de nuestro objeto social. Usted podrá consultar nuestro aviso de privacidad completo en la página [www.zurichsantander.com.mx](http://www.zurichsantander.com.mx)

Usted podrá a partir del 6 de enero de 2012, ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

### ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que el riesgo propuesto en la presente solicitud se concrete en un contrato de seguro, autorizo que la documentación contractual me sea entregada a la cuenta de correo \_\_\_\_\_

De no contar con cuenta de correo electrónico, el solicitante autoriza que la documentación contractual que se llegara a generar respecto de la presente solicitud de seguro le sea entregada:

- Por correo certificado al domicilio registrado por esta solicitud ( )

**CONSENTIMIENTO DE MANEJO DE DATOS**

Autorizo a Zurich Santander Seguros México S.A. para tratar y en su caso, transferir mis datos personales incluidos los patrimoniales o financieros y los sensibles, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los previstos en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y entiendo por haber sido previamente puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Zurich Santander Seguros México S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

**Sugerimos consultar las coberturas, limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que le será entregada al momento de la contratación, conforme al medio definido en la solicitud del seguro y con independencia de que dichas condiciones también puedan ser consultadas en la página de internet [www.zurichsantander.com.mx](http://www.zurichsantander.com.mx)**

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)**

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México  
Correo Electrónico: [ueaseguros@santander.com.mx](mailto:ueaseguros@santander.com.mx)  
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre y Firma del Contratante

Nombre y Firma del Funcionario

No. de identificación del solicitante:  
Canal de Venta: INTERNET

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 07 de septiembre de 2009, con el número CNSF-S0018-0362-2009, RESPS0018-0378-2015 del 09/04/2015 y RESP-S0018-0204-2016 del 20/06/2016./  
CONDUSEF-001021-02