

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 celular: _____
 Teléfono particular: _____
 Correo electrónico: _____

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Parentesco	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo F/M	Peso kgs.	Talla cms.
Titular					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					
Hijo 4					

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de respuesta afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

CUESTIONARIO DE SALUD

TITULAR CÓNYUGE HIJO 1 HIJO 2 HIJO 3 HIJO4 ESPECIFIQUE

1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos de colon o fistulas ano rectales?							
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?							
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis (indicar si ya se operó), hernias en la cavidad abdominal, varices en los miembros inferiores, litiasis (piedras) en los							
4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?							
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?							
6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.							

EXCLUSIVO PARA MUJERES

Parentesco con el Titular	¿Actualmente está embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

PLAN

BASICO ESTANDARIZADO GASTOS MEDICOS

COBERTURAS

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	1/2 UMAS
INDEMNIZACION POR ENFERMEDADES DE A. F: FRACTURA DE HUESOS	1 UMAS
INDEM X ENF A.F:COLECISTECTOMIA,LITOTRIPSIA Y APENDICECTOMIA	5 UMAS
INDEMNIZACION POR ENFERMEDADES DE ALTA SEVERIDAD	20 UMAS

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.

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

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**

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

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
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, día 24 de Julio de 2009, con el número CNSF-S0018-0371-2009, RESP-S0018-0381-2015 del 10/04/2015 y RESP-S0018-0202-2016 del 20/06/2016./CONDUSEF-001019-02