

Solicitud Producto Básico Estandarizado de Accidentes Personales Santander

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 como 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 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		
Día	Mes	Año
Sexo		
M <input type="checkbox"/>		
H <input type="checkbox"/>		
Edad		
Estado Civil		
Nacionalidad		
Ciudad y Estado de Nacimiento		
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 las desempeña su labor

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior	Colonia	Ciudad ó 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					
Nombre y/o Razón Social:		Apellido Materno		Nombre(s)	
Relación con el solicitante:					
RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>					
Domicilio Particular					
Calle y Número Exterior		Número Interior	Colonia		
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	Código Postal		

DATOS DEL PLAN

Seguro Básico Accidentes Personales	Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción	Forma de pago
	100,000 () 200,000 ()	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 contratante 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 O ACCIDENTES PERSONALES

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía?	Si () No ()	Compañía	Suma Asegurada
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?	Si () No ()	En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	
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 **Seguros Santander, S.A.**, 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 **Seguros Santander, S.A.**, 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 Santander, S.A.** la información de su conocimiento y que a su vez **Seguros Santander, S.A.** 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 (De acuerdo al conducto de venta)