

Solicitud de Seguro de Vida Individual

* 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 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 17 de febrero de 2012, con el número CNSF-S0039-0467-2011/ CONDUSEF-003065-05.

Sugerencias para el llenado de la solicitud: Llenar con tinta color negro. Utilizar un único estilo de letra (letra imprenta mayúscula) y una única escritura de la misma persona. Los guiones, comas o marcas no serán considerados como respuestas y no se aceptarán. Si tuviera alguna corrección que hacer, la misma deberá llevar la firma del proponente.

1. Datos del Solicitante

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)			
R.F.C. con Homoclave			Fecha de nacimiento			/	
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento y Nacionalidad				
Estado Civil			No. de Hijos				

2. Domicilio

Calle y Número		Colonia		C.P.		
Alcaldía o Municipio		Ciudad		Estado		
Teléfono			Teléfono Celular			
Email						

3. Información laboral

Nombre de la Empresa donde Trabaja Actualmente			Actividad o Giro			
Calle y Número		Colonia		C.P.		
Alcaldía o Municipio		Ciudad		Estado		
Teléfono			Teléfono Celular			
Ingresos Anuales \$			Vínculo con el Solicitante/Asegurado:			

Descripción del Puesto y Labores Específicas

Tipo de Actividad (marque con una "X" la opción)	Lugar de Trabajo (marque con una "X" la opción)
<input type="checkbox"/> Supervisando labores	<input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Exterior
<input type="checkbox"/> Labores manuales SIN maquinaria	<input type="checkbox"/> Viajando <input type="checkbox"/> Ventas
<input type="checkbox"/> Labores manuales CON maquinaria	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Contratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Mancomunado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

En caso de que el seguro sea mancomunado llenar cuestionario adicional.

En caso de que el Contratante sea una persona distinta al Asegurado llenar cuestionario adicional.

4. Declaración de Actividades y Hábitos

1. ¿Alguna vez o en los últimos 24 meses; ha fumado cigarro, puro, pipa o ha consumido tabaco en cualquier forma? Sí No

Especifique: Puro Cigarro Pipa Frecuencia por: Día Sem. Mes Año Cantidad: ¿Cuándo lo dejó? Fecha:

2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí No

Clase: Frecuencia por: Día Sem. Mes Año Cantidad: Tipo: Copas Botellas

3. ¿Ha estado en tratamiento de rehabilitación por alcoholismo? En caso afirmativo llenar cuestionario correspondiente Sí No

4. ¿Consuma actualmente, ha consumido alguna droga o ha estado en tratamiento de rehabilitación por el uso de drogas? Sí No

En caso afirmativo detallar ampliamente:

5. ¿Practica o participa de forma regular y/o permanente, ya sea en forma de pasatiempo, amateur o profesional en actividades o deportes denominados charrería, vuelo sin motor (ala delta, paracaidismo o alguno semejante), vuela en avioneta o helicóptero, tauromaquia, riesgosos tales como: motociclismo, automovilismo, montañismo, buceo, equitación, charrería, vuelo sin motor (ala delta, paracaidismo o alguno parecido), vuela en avioneta o helicóptero, tauromaquia? Sí No

6. Se transporta en motocicleta o cualquier otra actividad considerada como peligrosa? Sí No

En caso afirmativo anexe cuestionario y especifique:

7. Usted o algún miembro de su familia propuesto para este seguro, tiene o ha tenido licencia de aviador o vuela en aeronaves que no pertenecen a líneas comerciales, ya sea como piloto o pasajero? (En caso afirmativo llenar cuestionario) Sí No

Detallar:

8. ¿Realiza viajes al extranjero? Diga Motivo y Lugar Geográfico: Sí No

5. Declaración de Salud

1. Estatura _____ m. Peso _____ kg. ¿Varió su peso en el último año? (-/+) _____ kg.

Motivo:

2. Ha sido tratado o padece de:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Hipertensión arterial, diabetes, afecciones de tiroides, otras glándulas o desórdenes endocrinológico. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b) Enfermedad cardiovascular, del corazón, fiebre reumática, desórdenes cardiacos, circulatorios, dolor de pecho colesterol. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c) Enfermedades respiratorias, asma, enfisema o desórdenes pulmonares. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d) Afecciones renales, de transmisión sexual, próstata o desórdenes del aparato urinario o genitales. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e) Sistema digestivo, incluyendo estómago, hígado, páncreas, hepatitis, cirrosis, intestino o colon. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f) Cáncer, tumores, pólipos, lupus, linfoma, melanoma, enfermedades o alteraciones del sistema inmune. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g) Enfermedades o desórdenes hematológicos, trastornos hemorrágicos, anemias, leucemia u otra enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| h) Sistema nervioso, afecciones neurológicas, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, derrame cerebral, enfermedades psiquiátricas, depresión enfermedades psiquiátricas, depresión. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| i) Enfermedad del aparato reproductor o ginecológico (senos, ovarios, matriz u otra enfermedad). Si es mujer, ¿Ha estado o está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| j) Trastornos o cualquier defecto severo de la vista u ojos, oído, nariz, garganta o defectos físicos. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| k) Condiciones relacionadas al sistema muscular, articulaciones, columna vertebral, artritis, espalda o huesos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

3. ¿ Ha sufrido algún accidente y/o Traumatismo con secuelas, lesión o complicación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿En los últimos 5 años le han practicado alguna prueba especial de laboratorio, exámenes o estudios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha estado internado en alguna institución medica para estudios, observación, operaión, tratamiento o tiene pendiente algún ingreso al hospital, intervención quirurgica o analisis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha sido diagnosticado y/o padece alguna complicación relacionada con VIH - SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Padece, ha sido tratado de otras enfermedades, afecciones o padecimientos no mencionados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas, favor de detallar o añadir:

Pregunta No.	Condiciones, duración, diagnóstico, recuperación	Fecha	Médicos y Hospitales

6. Historia Familiar

¿Hay en su familia antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, diabetes, hipertensión o de algún desorden hereditario? Sí No

Explique:

Familiar	Edad (Si viven)	Estado de Salud	Edad al Morir y Causa de Muerte
Padre			
Madre			
Hermanos (as)			
No. Vivos			
No. Muertos			

7. Seguros de Vida en Vigor

1. ¿Está asegurado en vida con Chubb Seguros México, S.A. ¿O con alguna otra institución? Sí No

No. de Póliza	Suma Asegurada y Moneda	Compañía

2. ¿Ha tenido alguna solicitud de seguros rechazada, ¿pospuesta, extraprimada o no renovada? Sí No

Causa	Compañía

Nota: favor de exponer los seguros cuya Suma Asegurada sea Mayor a \$50,000.- pesos M.N.

8. Planes y Beneficios de Vida Individual

Plan Básico	Plazo de Pago	Suma Asegurada	Moneda	Deducible Según LISR	Prima Según F.P.
		\$	MN DLLS UDI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____
Beneficios Adicionales					
Invalidez	Muerte	Aportación Adicional			
	BMAP \$	Monto SFP		\$ _____	
	BMAPyC \$	Fdo. Conserv.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	%	
		Fdo. Medio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	%	
		Fdo. Agresivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	%	

9. Designación de Beneficiarios

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes 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. El total de la suma de los porcentajes de participación para cada Beneficiario no debe ser mayor al 100%.

10. Declaraciones Adicionales

1. ¿Es familiar del Asesor/Agente? Sí No En caso afirmativo, parentesco

11. Frecuencias y conductos de pago

Frecuencia: Anual Semestral Trimestral Mensual 12MPF 6MPF

Conducto: Tarjeta de crédito Master Card Visa AMEX

T. Debito Banco: _____ Cheques Interpago

No. de Tarjeta Crédito o Debito

Cod. de Seguridad

Vence: _____ Mes _____ Año

No. de Cuenta

Banco

Plaza

Sucursal

No. de CLABE Interbancaria (18 Dígitos)

Nombre Completo Tarjetabiente

Firma de Aceptación

Prima Total a Pagar \$ _____ Moneda _____

Autorizo que los pagos de primas que se generan de acuerdo con el plan de seguros solicitado, se carguen a la cuenta o tarjeta aquí señalada con la frecuencia que también se ha indicado. Asimismo, reconozco y acepto que en caso de que no sea posible el cargo por causas ajenas a Chubb Seguros México, S.A. dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima respectiva, cesarán los efectos del contrato por la falta de pago oportuno, en cuyo caso, si es de su interés, se podrá rehabilitar la Póliza conforme a las condiciones generales de la misma. Independientemente del conducto y frecuencia de pago, se hace de su conocimiento que la obligación del pago de la prima del seguro contratado con Chubb Seguros México, S.A. a través de la presente solicitud, será la que corresponda a la totalidad de la vigencia solicitada, es decir, que la prima deberá pagarse por toda la vigencia pactada en el seguro de que se trate. Lo anterior con fundamento en el Artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

No se aceptan pagos en efectivo, sólo el pago del depósito con cargo a Tarjeta de Crédito, Tarjeta de Débito, Cuenta de Cheques, Depósito Bancario o Cheque. Todo cheque debe ser elaborado a nombre de la Empresa con la leyenda de "Para Abono en Cuenta" y "No Negociable", anotando al reverso del mismo el nombre del solicitante invariablemente. Los pagos realizados con formas diferentes a las indicadas son bajo su propia cuenta y riesgo. El Agente/Asesor de seguros NO está facultado para recibir pagos ni dinero en efectivo. Este documento no es válido como recibo o comprobante de pago; su uso es sólo para fines internos.

La cuenta bancaria identificada como CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) o tarjeta de crédito arriba citada, así como en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco, será el conducto de cobro el cual autorizo para que se sirvan pagar por mi cuenta a Chubb Seguros México, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se señalan. La Institución bancaria descrita, tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir los pagos contratados, o bien, esta estuviera bloqueada por algún motivo válido.

De interés para el Proponente y/o Solicitante: (debe leerlo antes de firmar) De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato Seguro, el Proponente debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se le pregunten en esta solicitud tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia que la declaración falsa o inexacta de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

Por la presente, hago constar que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta Solicitud, así como también las hechas o que hayan de hacerse el médico examinador, cuestionarios y enmiendas, son completas y verídicas para todas las partes interesadas en la Póliza solicitada, que ningún Agente está facultado para exonerar ninguna condición de la Compañía. Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, Compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimientos y registros de mi persona o de mi salud, para que pueda proporcionar cualquier información solicitada por Chubb Seguros México, S.A. y a su vez faculta a esta última, para que solicite y obtenga copia de los antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas o Instituciones mencionadas.

12. Cuestionario del Asesor/Agente

1. ¿Hace cuánto que conoce personalmente al solicitante?
2. ¿En cuánto estima el capital de la persona que pagará las primas?
3. ¿Existe algún riesgo peligroso dentro de la ocupación habitual o algún deporte o actividad adicional que practique?
4. ¿Está bien estimado socialmente o se habla con reserva de su moralidad?
5. ¿Tiene el solicitante aspecto saludable?
6. ¿El solicitante es buen riesgo para la Compañía?

Comentarios adicionales

El Asesor suscrito certifica haber visto personalmente y da fe de su firma en la solicitud sin tener reservas al respecto.
Observaciones adicionales:

13. Nombres y Firmas

Responsables	Nombre Completo	Firma
Solicitante		
Contratante/Representante Legal		
Agente/Asesor Principal		
Agente/Asesor Secundario		
	Nombre	Clave G.U.
Promotor		
	Nombre	Clave Promotor
Promotor		

Lugar: _____ a _____ de _____ del _____.



Este seguro cuenta con exclusiones y limitantes las cuales podrá consultar en:
<https://www.chubb.com/mx-es/condiciones-generales.html>

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE)

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México. Teléfonos: 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

BMAP significa: Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

BMAPyC significa: Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y Muerte Colectiva

Monto SFP significa: Monto de Aportación según forma de pago

Fdo. Consev. significa: Fondo Riesgo Conservador

Fdo. Medio. significa: Fondo Riesgo Medio

Fdo. Agresivo. significa: Fondo Riesgo Agresivo

MN o M. N. significa: Moneda Nacional

DLLS significa: Moneda Dólares Americanos

UDI significa: Moneda Indexada

LISR significa: Ley del Impuesto sobre la Renta

Prima según F.P. significa: Prima según forma de pago