



No. _____

Esta solicitud deberá ser contestada en su totalidad con tinta negra, indeleble y sin tachaduras ni enmendaduras.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA
País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
RFC (con Homoclave)		CURP (Mexicanos)		
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FIEL (Certificado Digital)		
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia DD MM AAAA
Domicilio (Calle y Número)			Colonia	
Alcaldía / Municipio		Estado		Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)				
Nombre y giro de la empresa donde labora			Ingreso anual por ocupación \$	
Ingresos anuales adicionales (especificar el origen) \$				
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿El solicitante y el contratante es la misma persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Actúa por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo que si no cuento con un RFC activo ante el SAT, la factura/recibo se generará con un RFC genérico.				

MKT-1-OP060-JUNIO 2021

■ **DATOS DEL CONTRATANTE**

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.

Tipo de persona: Física Moral Relación con el solicitante (especifique) _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre o Razón Social

Nacionalidad		RFC (con Homoclave)	
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FIEL (Certificado Digital)	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	
Alcaldía / Municipio		Estado	Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular / Celular del Representante Legal	
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal			

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física

Fecha de Nacimiento	Género	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP
DDMM/AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			DDMM/AAAA
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia
Nombre y giro de la empresa donde labora		Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)		
Ingreso anual \$ Pesos		Ingresos adicionales (especificar origen) Anualmente ascienden a \$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro		
	DDMM/AAAA			
Ingreso anual \$ Pesos		Ingresos adicionales (especificar origen) Anualmente ascienden a \$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Representante Legal				

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

■ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: 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 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 nombre 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.

Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
1		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del Solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

■ HISTORIAL DE SEGUROS

¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con otra Aseguradora? Sí No

Sólo considerar los contratados de forma particular, no los seguros derivados de algún crédito o aquéllos que fueron contratados en forma grupal como prestación laboral. En caso de tener otros Seguros de Vida en vigor favor de indicar:

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

¿Está solicitando actualmente un Seguro de Vida en otra Compañía? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

■ CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES

1. Peso y Estatura	_____ kilogramos _____ metros
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase (pipa, puro y/o cigarrillo) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
3. ¿Consumes bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
4. Indique si se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Problemas cardíacos (presión alta, ataque cardíaco o infarto, angina de pecho, soplos o enfermedades de las válvulas cardíacas), diabetes mellitus, prediabetes, azúcar alta y/o enfermedades tiroideas (hipo o hipertiroidismo, etc.)	En caso afirmativo, llenar el cuestionario de cardiopatía isquémica, cirugía valvular, cuestionario de soplo cardíaco, diabetes mellitus y/o enfermedades tiroideas.
b. Tumores benignos o malignos (cáncer), melanoma, leucemia y/o linfoma.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de tumores malignos, benignos, linfoma de hodgkin/linfoma no hodgkin y/o leucemia.
c. Enfermedades respiratorias (como asma, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de enfermedades pulmonares.
d. SIDA, resultados positivos en la prueba de HIV y/o enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
5. Indique si en los últimos 10 años se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Enfermedades del sistema nervioso (derrame, embolia o infarto cerebral, epilepsia, desmayos frecuentes, Alzheimer) y/o enfermedades mentales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)	En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico, cuestionario de epilepsia y/o de salud mental.
b. Enfermedades de columna (como hernias de disco, desviaciones, etc.) problemas en las articulaciones (como artritis, etc.) y/o enfermedades reumáticas (como lupus, artritis reumatoide, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el Cuestionario de Padecimientos de Columna y/o informe médico.
c. Enfermedades digestivas (como úlceras, sangrado en el estómago, etc.) y/o enfermedades del hígado (como hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Enfermedades de los riñones o en las vías urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
b. ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, autorizar se le practiquen exámenes médicos.
7. ¿Tiene algún defecto auditivo o de la vista? (No considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
8. ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar los detalles solicitados en la siguiente sección.

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semana de gestación _____ Complicación _____
10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de la misma (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad _____ Fecha _____ Motivo de pérdida _____
11. ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿En los últimos 10 años le han practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Cirugía _____ Fecha _____ Estado de salud actual _____
13. ¿En los últimos 5 años ha hecho uso de alguna droga o estimulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas.
14. ¿Está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzocortantes, maquinaria pesada, trabajo en alturas, manejo de alta tensión, sustancias químicas o peligrosas y/o radiaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expuesto a: _____ En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación.
15. ¿Actualmente practica algún deporte como artes marciales, boxeo, lucha, carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo ala delta, esquí agua o nieve, tauromaquia, charrería, rafting o cualquier otro similar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario correspondiente.
16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Frecuencia _____ (día, semana o mes)
17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.
18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia _____ Tipo de aeronave _____ Horas anuales _____ Tipo de Viaje _____ Destino(s) principal(es) _____

■ **AVISO DE PRIVACIDAD**

Los Datos Personales que nos proporcione, incluyendo los patrimoniales, financieros, sensibles, biométricos y/o de geolocalización, así como, los considerados necesarios para la identificación y contacto de asegurados y/o beneficiarios, serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (la “Sociedad”), con domicilio en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, México, con la finalidad primaria y necesaria de la operación de nuestros productos y/o servicios, evaluar sus necesidades de protección, emisión de contratos de seguro, realizar investigaciones relacionadas con la oferta, contratación y administración de nuestros productos y/o servicios, analizar internamente y/o por conducto de terceros evaluaciones de riesgo inherente, procesamiento de solicitudes, su administración, emisión, envío y activación de pólizas, realizar gestiones y trámites relacionados con sus solicitudes de servicio, aclaraciones, reclamaciones o quejas, generación de perfiles de acceso a los sistemas electrónicos para brindarle atención y acreditar su identidad, elaborar informes estadísticos y financieros, implementación de procesos de seguridad y resguardo, así como, la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos.

Asimismo, le informamos que con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica con Usted, así como aquellas finalidades previstas en este Aviso de Privacidad y su versión integral, la Sociedad transferirá sus Datos Personales a aquellos terceros o proveedores necesarios para que la Sociedad pueda prestar los servicios financieros y/o seguros propios de su objeto, gestionar la inscripción y prestación de los servicios operados por éstos, y que, en su caso, se ofrezcan como parte de los beneficios de la póliza/producto contratado, incluyendo la elaboración de informes analíticos y/o estadísticos relacionados con los mismos, asimismo, a autoridades competentes, organismos gubernamentales en materia de salud, al Instituto Nacional Electoral (INE), el Registro Federal de Electores y/o el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO), única y exclusivamente para fines de validación y verificación de éstos, a través de las bases de datos oficiales y sistemas de verificación empleados por dichos organismos, en relación con los productos y/o servicios contratados con la Sociedad, entre otras, así como para cualquier otra finalidad prevista en la legislación vigente y aplicable.

Usted puede limitar el uso o divulgación de sus datos, así como, ejercer sus Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición el tratamiento de sus Datos Personales ante nuestro Departamento de Datos Personales. Para conocer el proceso, así como, nuestro aviso de Privacidad integral visite: www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad en la sección Aviso de Privacidad.

El Titular declara, que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad de la Compañía y que, a través de la presente solicitud, otorga su consentimiento expreso, facultando a la Sociedad a tratar sus Datos Personales, incluyendo los sensibles conforme al Aviso de Privacidad antes citado.

Las Condiciones Generales de la póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página www.prudentialseguros.com.mx

Para cualquier consulta, queja o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en nuestra Unidad Especializada en Atención a Consultas y Reclamaciones ubicada en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México.

Teléfono 55 11 03 70 00

Por correo electrónico (consulta, queja o siniestro): atencionclientes.mx@prudential.com

■ **PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE/CONTRATANTE**

Favor de utilizar la siguiente sección si desea aclarar o ampliar alguna información.

■ **PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS**

Lugar donde se llevó a cabo la entrevista: Casa Oficina Otro ¿Cuál? _____

¿Se presentó algún contratiempo en el proceso de identificación del cliente Sí No

Describe el contratiempo _____

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante y/o Solicitante?

	Nombre	Clave	%
Agente de Seguros 1			
Agente de Seguros 2			

Tipo de Comisión Nivelada Decreciente

MONEDA PESOS DÓLARES UDI
 FRECUENCIA ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	
<input type="checkbox"/> Garantía Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium <input type="checkbox"/> Retiro Prudential <input type="checkbox"/> Retiro Prudential con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac. V			<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce				
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			

Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

LAS SIGUIENTES SÓLO DEBERÁN SER LLENADAS POR EL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA. EN CASO DE TRATARSE DE PERSONA MORAL SE DEBERÁ LLENAR UN FORMATO ADICIONAL

El Gobierno de su país podría celebrar un acuerdo para compartir información fiscal con las autoridades de otras jurisdicciones. A continuación solicitaremos su residencia y número de identificación fiscal (si procede) y registraremos esta información en nuestras bases de datos, pero solamente revelaremos esta información a las autoridades fiscales pertinentes (certificadas u autorizadas para ello), siempre y cuando ésta sea requerida bajo la regulación de su país y convenio internacional adscrito con México.

Si usted tiene alguna duda sobre cómo llenar las preguntas siguientes, se recomienda que hable con su asesor fiscal o jurídico.

1. ¿Tiene responsabilidad fiscal en otro(s) país(es) diferente(s) a México?

Sí No

Si usted es considerado ciudadano de los EEUU o cuenta con pasaporte norteamericano o tarjeta de residencia (Green Card), también será considerado residente para efectos fiscales en los EEUU, aún cuando viva fuera de territorio norteamericano.

2. Si respondió “Sí” a la pregunta uno, por favor agregue en la tabla de abajo el país o países donde usted tiene responsabilidad fiscal, agregando también el Número de Identificación Fiscal correspondiente (Tax Identification Number – TIN). En caso de no contar con el Número de Identificación Fiscal, por favor proporcione la razón (opciones A, B o C) como se indica abajo.

- A. El país donde el contratante tiene obligaciones fiscales no emite Número de Identificación Fiscal a sus residentes
- B. El contratante no tiene posibilidad de obtener el Número de Identificación Fiscal (por favor, explique por qué no le es posible obtener dicho número en la tabla de abajo).
- C. Seleccione esta opción si las autoridades del país donde tiene obligaciones fiscales por regulación local no requiere que el Número de Identificación Fiscal sea revelado.

País / países donde tiene responsabilidad fiscal	Número de Identificación fiscal (TIN)	Si el TIN no esta disponible, seleccione la opción A, B o C	
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C

■ **INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

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.

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro.

En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original. Manifiesto que el Agente de Seguros me ha informado, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, incluyendo expresamente la forma de conservarla o darla por terminada en términos de los planes y tarifas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado que he solicitado y que carece de facultades para representar a la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas. Asimismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

SOLICITANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONTRATANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que desee recibir la documentación de su seguro por medios electrónicos y de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula "Entrega electrónica de Documentación Contractual" de las Condiciones Generales que amparan el producto contratado, manifieste por favor lo siguiente

Autorizo el envío de la documentación contractual a la cuenta de correo electrónico que se menciona en la sección de datos del contratante Sí No

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del Contratante

Lugar: _____

Lugar: _____

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

■ AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO

No.

Nombre del Cuentahabiente y/o Razón Social

■ DEFINICIÓN DE DÍA DE CARGO

El primer cobro se realizará el día hábil siguiente de la emisión y los subsecuentes quedarán programados a la fecha de vencimiento del recibo de acuerdo a la frecuencia de cobro seleccionado.

Indique más de un medio de cobro, mencionando cuál de estos debe ser utilizado en primero, segundo o tercer lugar, mediante los recuadros de prioridad. Anote los 16 dígitos de su tarjeta de crédito y/o débito y/o los 18 dígitos de la cuenta CLABE y/o 15 dígitos de American Express.

Form fields for card type (T. Crédito, T. Débito, Cuenta CLABE), card number (16 digits), validity date, and priority selection (Solicitud 1-4).

Form fields for issuer bank, promotion, and card type selection (Visa, Master Card, American Express).

Form fields for card type (T. Crédito, T. Débito, Cuenta CLABE), card number (16 digits), validity date, and priority selection (Solicitud 1-4).

Form fields for issuer bank, promotion, and card type selection (Visa, Master Card, American Express).

Form fields for card type (T. Crédito, T. Débito, Cuenta CLABE), card number (16 digits), validity date, and priority selection (Solicitud 1-4).

Form fields for issuer bank, promotion, and card type selection (Visa, Master Card, American Express).

Solicito y autorizo al (los) Banco(s) emisor(es) de la(s) tarjeta(s) o cuenta(s) antes mencionada(s), o aquella institución afiliada a VISA o Master Card, o a American Express, para que, con base en el contrato de crédito en cuenta corriente o el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la tarjeta o cuenta arriba citada o, en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma, me haya asignado la Institución, se sirvan pagar por mi cuenta a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. las primas de seguro de vida que se deriven de la solicitud que he firmado con esta aseguradora, quedando claramente especificado que el monto puede variar en cada periodo.

De la misma forma, me comprometo a notificar oportunamente y por escrito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. cualquier modificación referente al número de cuenta que estoy proporcionando. De igual manera, estoy enterado que, en caso de existir un rechazo del cargo por parte del banco emisor, es mi obligación hacer por otro medio el pago de las primas correspondientes. El Cuentahabiente podrá revocar esta autorización mediante comunicado escrito con diez días naturales de anticipación al vencimiento del pago de prima que recibirá Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en el cual anotará la fecha de recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso, Prudential Seguros México, S.A. de C.V. deberá informar al Cuentahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta y autorización.

Lugar

Fecha

Firma del Cuentahabiente y/o Representante Legal

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.