



No.

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.

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar).

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del 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 conocer 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 para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la 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

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Fecha de Nacimiento

| D | D | M | M | A | A | A | A |

Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad	Estado Civil	En caso de ser mujer. ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nacionalidad	Ciudad y Estado de Nacimiento
---	------	--------------	--	--------------	-------------------------------

### ■ DATOS LABORALES

Nombre de la empresa donde trabaja

RFC (con Homoclave)

CURP (Mexicanos)

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

Describe en qué consisten sus labores

Empresa en que desempeña sus labores

### ■ DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior

Número Interior

Colonia

Ciudad o Población

Municipio o Delegación

Estado

Código Postal

Teléfono Particular

Teléfono Oficina

Correo Electrónico

### ■ DATOS DEL CONTRATANTE (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

Nombre completo del Contratante y/o Razón Social (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s))

Relación con el Solicitante

RFC (con Homoclave)

CURP (Mexicanos)

Nacionalidad

Género

Correo Electrónico

F  M

Teléfono Particular

### ■ DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior

Número Interior

Colonia

Ciudad o Población

Municipio o Delegación

Estado

Código Postal

## ■ DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan:

Suma Asegurada (moneda nacional): Elegir sólo una opción

Forma de pago: ANUAL

\$100,000

\$200,000

\$300,000

## ■ 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 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.

Indique en la siguiente sección su designación de beneficiarios, anulando con una línea los espacios no empleados.

Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Parentesco o relación con el Solicitante	%
1			
2			
3			
4			

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

## ■ OTROS SEGUROS DE VIDA (Esta información no faculta a la Institución para recindir el contrato de seguros).

¿Está solicitando o ha solicitado un Seguro de Vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios?  Sí  No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados):

Compañía Aseguradora	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

## ■ CUESTIONARIO MÉDICO

1. Peso y Estatura	_____ kilogramos	_____ metros
2. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?		
a. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. Insuficiencia renal o pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ **AUTORIZACIÓN**

**De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar).**

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 Prudential Seguros México, S.A. de C.V., 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 Prudential Seguros México, S.A. de C.V., 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 Prudential Seguros México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Prudential Seguros México, S.A. de C.V. 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.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha 

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

■ **PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA**

Manifiesto que he informado al Solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

	Nombre	Clave	%
AGENTE			
PROMOTOR			

Nombre del Agente	Clave	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?  Sí  No

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 23 de febrero de 2016 y 27 de enero de 2017 con los números de registros CNSF-S0106-0591-2015 y RESP-S0106-0017-2017 respectivamente.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF: G00234001 con fecha del 24 de enero de 2017

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 1103 7087 y en el interior de la república al 01 800 360 0444, o visite [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)