

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.

Nombre completo del Solicitante (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):					Fecha de nacimiento:		
					Día	Mes	Año
Sexo:	Edad:	Estado Civil:	En caso de ser mujer: ¿Está embarazada?	Nacionalidad:	Ciudad y Estado de nacimiento:		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

### Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja:				RFC con Homoclave:			
				letras	año	mes	día
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 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:		C.P.:		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:		
		letras	año	mes	día	homoclave	(si cuenta con ella)
Nacionalidad:		Sexo:		Correo Electrónico:			
		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>				
Teléfono Particular:							

### Domicilio Particular

Calle y número exterior:		Número interior:		Colonia:			
Ciudad o población:		Delegación o Municipio:		Estado:		C.P.:	

### Datos del plan

Nombre del plan: Temporal a 5 años renovable

Suma asegurada (moneda nacional): Elegir sólo una opción: \$100,000  \$200,000  \$300,000

Forma de pago: Anual

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

**Advertencias:** En el caso de que se desee nombrar a beneficiarios 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 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.

Nombre (s) del (os) beneficiarios	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la suma asegurada

### Otros Seguros de Vida

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra (s) compañía (s) o más que sean voluntarios? Si  No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados):

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si  No  En caso afirmativo, ¿Por qué motivo?

### Cuestionario Médico

Peso \_\_\_\_\_ kg Talla \_\_\_\_\_ cm

Fuma  Si  No

**¿Padece o ha padecido algunas de las siguiente enfermedades?**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Diabetes  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedades cardiacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. VIH, sida o seropositivo al VIH   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

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

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 completo del (los) Agente (s):	
Porcentaje:	Clave:
Nombre completo del promotor:	
Porcentaje:	Clave:

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

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0106-0192-2009 de fecha 6 de agosto de 2009”.