

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

VIGENCIA: Desde _____ Hasta _____		Renovación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
No. de Cliente: _____	No. de Solicitud: _____	No. de Retenedora: _____	No. de Empleado: _____
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
R.F.C. o C.U.R.P.	DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO)		COLONIA
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN	ESTADO	TELÉFONO CON CLAVE LADA 01 - _____
E-MAIL (@)	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO dd / mm / aa	EDAD M <input type="checkbox"/> SEXO F <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE			INGRESO ANUAL \$
OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA	TELÉFONO OFICINA CON CLAVE LADA 01 - _____
DETALLAR OCUPACIÓN ACTUAL		LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> EXTERIOR <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> VIAJANDO <input type="checkbox"/> FABRICA OTRO _____	TIPO DE ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> EMPRESARIAL <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> OPERATIVA
DIRECCIÓN DONDE TRABAJA			R.F.C. (TRABAJO)
SI TIENE OTRAS OCUPACIONES, SIRVASE NOMBRARLAS:			
<b>DATOS DEL CONTRATANTE (SÓLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)</b>			
NOMBRE DEL CONTRATANTE		R.F.C. o C.U.R.P.	TELÉFONO CON CLAVE LADA 01 - _____
DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO)		COLONIA	CÓDIGO POSTAL
POBLACIÓN MUNICIPIO		ESTADO	INGRESOS ANUALES
OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR
<b>PLAN</b> <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Vitalicio <input type="checkbox"/> Dotal <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Educacional <input type="checkbox"/> Devolución de Primas		SUMA ASEGURADA (por fallecimiento)	MONEDA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> DÓLARES
			PLAZO EDAD ALCANZADA <input type="checkbox"/> SI DE SEGURO ____ AÑOS DE PAGO ____ AÑOS
			% DE CRECIMIENTO (SOLO M.N.) 5% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/>
BENEFICIO ADICIONAL DOTAL A CORTO PLAZO (APORTACIÓN ADICIONAL) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR NUMERO _____ Y MONTO _____ MENSUAL.			
EN CASO DE OPTAR POR EL SEGURO DE RETIRO, ESPECIFICAR SI SERÁ DEDUCIBLE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>			
B.I.T. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
E.G. ENFERMEDADES GRAVES		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
M.A. MUERTE ACCIDENTAL		SUMA ASEGURADA \$	
D.I. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE		SUMA ASEGURADA \$	
T.I. TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE		SUMA ASEGURADA \$	
B.P.A.I. PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		SUMA ASEGURADA \$	
<b>FORMA DE PAGO DE PRIMA</b>			
<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL OTRA _____			
<b>MEDIOS DE PAGO DE PRIMA</b>			
<input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA BANCARIA <input type="checkbox"/> DESCUENTO POR NÓMINA			

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		
NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	PORCENTAJE
LA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SE HACE CON CARACTER <input type="checkbox"/> REVOCABLE <input type="checkbox"/> IRREVOCABLE		

**AVISO IMPORTANTE: ADVERTENCIA PARA LA 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 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 solo 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.**

**CUESTIONARIO HáBITOS Y DEPORTES**

¿FUMA USTED? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CIGARRO <input type="checkbox"/> PURO <input type="checkbox"/> PIPA	¿QUÉ CANTIDAD? _____ FRECUENCIA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	SI HA DEJADO DE FUMAR, DESDE QUE FECHA _____
--	--	--	--

¿ALGUNA VEZ A USADO MARIHUANA O CANNAVIS, HEROÍNA, LSD, COCAÍNA, ANFETAMINAS O CUALQUIER OTRO TIPO DE DROGAS?  SI  NO

A) EN CASO DE QUE SEA AFIRMATIVO; SEÑALAR FECHA INICIAL, TIPO DE DROGA, FRECUENCIA Y ÚLTIMA OCASIÓN: \_\_\_\_\_

B) ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGA?  SI  NO

¿TOMA USTED BEBIDAS ALCOHOLICAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CLASE: _____	¿QUÉ CANTIDAD? _____ FRECUENCIA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	SI HA DEJADO DE BEBER, DESDE QUE FECHA _____
---	--	--

¿PRÁCTICA ALGÚN DEPORTE? SI ¿CUÁL? _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AMATEUR <input type="checkbox"/> PROFESIONAL	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿VUELA EN LÍNEAS AÉREAS NO COMERCIALES? <input type="checkbox"/> PILOTO <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> TRIUPULANTE <input type="checkbox"/> OTRO _____	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

**CUESTIONARIO PARA SEGURO SIN EXAMEN MÉDICO**

1. ESTATURA _____ Mts.	2. PESO _____ KG.	SI	NO
3. ¿HA VARIADO SU PESO EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CAUSA: _____ NO. DE KG. _____		AUMENTO <input type="checkbox"/>	DISMINUYÓ <input type="checkbox"/>
4. ¿HA PADECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD QUE AMERITE HOSPITALIZACIÓN?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿HA PADECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD QUE AMERITE TRATAMIENTO MÉDICO POR MAS DE 15 DÍAS?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUYAS CONSECUENCIAS PERMANEZCAN EN LA ACTUALIDAD?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD O ESTA SUJETO A ALGUN PADECIMIENTO MÉDICO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿SE LE HA PRACTICADO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿SE HA PRACTICADO PRUEBAS PARA DETECTAR EL SIDA? RESULTADO _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO ADICIONAL PARA MUJERES**

12. ¿ESTA USTED EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿QUÉ MES CURSA DE EMBARAZO? _____	13. ¿HA TENIDO ABORTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____
--	--

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

PREGUNTA NO.	PADECIMIENTO	FECHA DE INICIO	TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL

SEGURO DE VIDA EN VIGOR				
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	PÓLIZA NÚMERO	FECHA DE EMISIÓN	SUMA ASEGURADA	MONEDA

"OTROS SEGUROS DE VIDA (esta información no faculta a la Compañía para rescindir el contrato en los terminos del artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)"

REFERENCIAS PERSONALES		
NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO CON LADA

DOCUMENTOS ANEXOS	
IDENTIFICACIÓN OFICIAL	<input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTO QUE ACREDITE SU CALIDAD MIGRATORIA	<input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA	<input type="checkbox"/>
CONSTANCIA ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (C.U.R.P.)	<input type="checkbox"/>
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (R.F.C.)	<input type="checkbox"/>

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por General de Seguros, S.A.B.

Se previene al proponente que conforme a la ley sobre el contrato del seguro, debe declarar todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del derecho de sus beneficiarios.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de Seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a la Compañía los datos mencionados.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a General de Seguros, S.A.B., de manera indubitable la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez General de Seguros, S.A.B., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otra que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

**ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERA ACEPTADA POR GENERAL DE SEGUROS, S.A.B. NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.**

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en la página electrónica [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

**INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE**

1. ¿DESDE CUÁNDO CONOCE USTED AL SOLICITANTE?
2. ¿SI LO CONOCIO RECIENTEMENTE, INDIQUE CÓMO VERIFICÓ SU IDENTIDAD?
3. ¿LE CONSTA A USTED QUE SU CLIENTE FIRMÓ ESTA SOLICITUD?  SI  NO
4. ¿RECOMIENDA USTED A SU CLIENTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD Y REPUTACIÓN?  SI  NO
5. ¿PRESENTA SU CLIENTE ALGUN DEFECTO FÍSICO?  SI  NO
6. ¿TIENE SU CLIENTE TENDENCIA A ALGÚN VICIO?  SI  NO
7. ¿SABE SI SU CLIENTE TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE?  SI  NO
8. ¿SABE SI SU CLIENTE ESTA SOLICITANDO ESTE SEGURO PARA CANCELAR ALGUNA OTRA PÓLIZA EXPEDIDA?  SI  NO
9. ¿SABE USTED DE ALGUN RIESGO ESPECIAL POR MOTIVO DE SU OCUPACIÓN, AFICIÓN O ACTIVIDADES DE AVIACIÓN?  SI  NO

**EN CASO DE RESPUESTAS NEGATIVAS A LAS PREGUNTAS 3, 4, 5, O AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 6, 7, 8, 9 Y 10 INDIQUE LAS CAUSAS:**

PREGUNTA No.	CAUSA

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente está obligado a informar de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla o darla por terminada.

Le informamos que el Agente de Seguros recabará información y documentación personal, realizará una entrevista y dará cumplimiento a las medidas y procedimientos implementados por la Compañía Aseguradora para detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, por tal motivo, en caso de que pudiera ubicarse en alguno de los actos señalados anteriormente, generará la improcedencia en el pago, nulificando el seguro de forma automática.

**DATOS DEL AGENTE**

CLAVE	NOMBRE	SUCURSAL Y/O OFICINA	% DE PARTICIPACIÓN	PROMOTORIA NO.

COMISION:  NIVELADA  TRADICIONAL

CORREO ELECTRONICO DEL AGENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL AGENTE

**OBSERVACIONES:**


En Cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, General de Seguros S.A.B., hace de su conocimiento que tratará los datos personales IDENTIFICABLES y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del Contrato de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de Póliza de Seguro, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO.

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o vía telefónica, respecto de los productos de seguro que ofrece al público en general.

No obstante lo anterior es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo revocar mi autorización y oponerme a que mi información sea utilizada para los fines señalados, siempre que lo manifieste por escrito a General de Seguros, S.A.B. por lo que una vez que manifieste mi oposición General de Seguros, S.A.B. quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A.B. a los teléfonos (0155) 5278.8883, 5278.8806 y del interior de la república marque 01800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo No.266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico [atencionclientes@gseguros.com.mx](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx); o visite [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 5270-8000 en Distrito Federal y su área metropolitana o al 01-800-225-4339 desde el interior de la República.

LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

EN CASO DE MINORIA DE EDAD DEL SOLICITANTE, EL PADRE O TUTOR DEBERA FIRMAR COMO SOLICITANTE.

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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009-0163-2005/CONDUSEF-001207-01. a partir del día 11 de Junio de 2009 con el número PPAQ-S0009-0006-2009/CONDUSEF-001144-01. a partir del día 21 de Septiembre de 2010 con el número CNSF-S0009-0681-2010/CONDUSEF-001341-01. a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF-S0009-0077-2014/CONDUSEF-001300-01. a partir del día 29 de Enero de 2004 con el número CNSF-S0009-0839-2003/CONDUSEF-001763-01, del día 1 de Marzo de 2013 con el número BADI-S0009-0066-2012, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.

**ANEXO**

Folio:

**SOLICITUD DE CLÁUSULAS ADICIONALES PLAN EDUCACIONAL MONEDA DÓLARES**
**Solicitante**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	RFC o CURP	Fecha nacimiento	Sexo
				año / mes / día	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ocupación	Detallar ocupacion		Lugar de trabajo		

**Beneficios adicionales**

Fallecimiento del contratante (C.A.F.)

Exención de pago de primas por invalidez total y permanente o muerte del contratante (B.I.T.F.)

**SI NO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cuestionario médico**

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

 Fuma  Si  No

**¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?**
**SI NO**

- Diabetes
- Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma
- Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus
- Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática
- Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón
- Insuficiencia renal o pancreatitis
- Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral
- VIH, SIDA o seropositivo al VIH
- ¿Ha tenido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad relacionadas con columna, cadera o extremidades?
- ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?
- ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a algún tratamiento médico?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Detallar la información sobre enfermedades y/o tratamientos médicos:** (si requiere mayor espacio continúe al reverso de la hoja)

**Designación de beneficiarios del asegurado titular**

Nombre	Parentesco	%	Teléfono

## Advertencias

En caso de fallecimiento de algún asegurado dependiente, se entenderá que el beneficiario designado será el asegurado titular. 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 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

De interés para las personas que llenen esta solicitud (debe leerlo antes de firmarlo) se previene a las personas que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud tal y como los conozca no deban conocer en el momento de firmarla; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se les pregunte, podría originarla pérdida del derecho de los asegurados o de los beneficiarios en su caso.

**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.**

LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma agente

\_\_\_\_\_  
Clave Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado titular

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 29 de Enero de 2004 con el número CNSF-S0009-0839-2003, del día 1 de Marzo de 2013 con el número BADI-S0009-0066-2012, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016/CONDUSEF-001763-01.