

SOLICITUD DE SERVICIO**Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V.**Blvd. Adolfo López Mateos 2448 Col. Altavista, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México
Tel. 5723 7999 - 01 800 723 7900

Favor de llenar este documento con letra de molde y tinta a un sólo color azul o negra. Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras, enmendaduras o falta algún dato.

Folio de solicitud**Número de póliza****DATOS DEL ASEGURADO (favor de anotar tal y como aparece en la carátula de la póliza de seguro)**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social

R.F.C.	C.U.R.P.	Fecha de nacimiento o constitución	Día	Mes	Año	Nacionalidad	
Domicilio Calle						Número Exterior	Número Interior
Colonia		Población o ciudad					
Delegación o municipio			Estado		Código postal		
Teléfono particular (con clave de ciudad)		Teléfono celular (con clave de ciudad)		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino (F) <input type="checkbox"/> Masculino (M)			
Correo electrónico		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia					

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL ASEGURADO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

R.F.C.	C.U.R.P.	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Nacionalidad	
Domicilio Calle						Número Exterior	Número Interior
Colonia		Población o ciudad					
Delegación o municipio			Estado		Código postal		
Teléfono particular (con clave de ciudad)		Teléfono celular (con clave de ciudad)		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino (F) <input type="checkbox"/> Masculino (M)			
Correo electrónico		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Sociedad de convivencia					

¿Residente fiscal en el extranjero? Sí No

Países donde es residente fiscal	Número de identificación fiscal en el extranjero

CAMBIO DE BENEFICIARIOS (la suma de los porcentajes deberá ser 100%)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

3. ¿Realiza regularmente actividades de alpinismo, artes marciales, box, buceo, caza, charrería, deportes aéreos, lucha libre, paracaidismo, rapel, ski, tauromaquia o participa en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte y en general en la práctica profesional de cualquier deporte, afición, pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia? Sí No
4. ¿Realiza actividades relacionadas con aviación o navegación privada; sea como piloto, miembro de tripulación o pasajero? Sí No

CUESTIONARIO SOBRE ASEGURADO (llenar para rehabilitación, aumento de suma asegurada o al agregar cobertura)

Estatura (metros)	Peso (kilogramos)	Ingresos mensuales	12. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?
1. ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. En caso de ser positivo, ¿cuántos cigarros al día?		a. Hipertensión arterial, infarto, arritmias, angina de pecho, insuficiencia cardíaca o cualquier otro problema cardiovascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Si actualmente no fuma, ¿hace cuanto dejó de hacerlo? <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> 1-6 meses <input type="checkbox"/> 7 meses a 2 años <input type="checkbox"/> Más de 2 años			b. Cáncer, leucemias, tumores o enfermedades oncológicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ingiere bebidas alcohólicas más de 3 veces a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			c. Diabetes, enfermedades de la tiroides o problemas endocrinos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> 1 a 2 copas <input type="checkbox"/> 3 a 5 copas <input type="checkbox"/> Más de 5 copas			d. Enfermedad vascular cerebral, epilepsia, depresión, trastornos de estado de ánimo o intento de suicidio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Consume o ha consumido marihuana, heroína, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, dietilamida de ácido lisérgico (LSD, por sus siglas en inglés) o cualquier otro estimulante sin prescripción médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			e. Bronquitis, asma, enfisema pulmonar o problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			f. Toxoplasmosis, gonorrea, sífilis o enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿En los últimos 10 años ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene programada alguna intervención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			g. Hernias, úlcera gastroduodenal, divertículos del colon, sangrado rectal, colitis (no nerviosa) o enfermedades gastrointestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha variado de peso en más de 10 kg en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			h. Anemia, hemofilia, trombocitopenia o trastornos en la sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Si es mujer, ¿está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			i. Lupus, artritis reumatoide o enfermedad inmunológica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Está actualmente incapacitado o sufre alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			j. Insuficiencia renal, infecciones renales, pancreatitis, problemas de los uréteres, vejiga, uretra, próstata o pancreatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			k. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			l. Cirrosis hepática, hepatitis o insuficiencia hepática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de respuestas afirmativas proporcionar detalle del padecimiento y estado actual

Número de pregunta	Nombre de enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Número de veces que las ha sufrido	Fecha última ocasión			Estado actual
			Día	Mes	Año	

ADVERTENCIA Y ACEPTACIÓN

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y para efectos de esta autorización, informo que conozco mi obligación a declarar por escrito a Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V., de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozco o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, faculta a Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

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 Seguros de Vida SURA 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 Seguros de Vida SURA 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 proporcione a Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento y que a su vez ésta, 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.

Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V., informa que es responsable del uso que se le dé a sus datos personales, sensibles y financieros que usted proporcione, así como la protección de los mismos, y que cuenta con medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, para evitar el daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida de sus datos, mismos que serán utilizados para proveer los servicios y productos que ha solicitado a la compañía de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Si existe algún cambio en su situación fiscal en México, deberá enviar el formato FATCA Y CRS actualizarlo y enviarlo dentro de los 30 días hábiles siguientes a dicho cambio al correo de atención a clientes atencionalclienteseguros@suramexico.com aplica sólo para clientes que contraten un seguro con componente de ahorro e inversión.

Nuestro Aviso de Privacidad Integral está a su disposición en la página de Internet <https://www.vida.suramexico.com>

Firma del asegurado	Firma del contratante (en caso de ser diferente al asegurado)
---------------------	---

Lugar y fecha

EXCLUSIVO AGENTES (para uso exclusivo de la compañía)

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

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 del agente	Clave número	Oficina de envío	Nombre del promotor	Participación	Firma del agente

TRÁMITE	Solicitud de servicio	Copia identificación oficial asegurado	Acta constitutiva o copia identificación oficial del apoderado legal	Acta de nacimiento	Comprobante fiscal (en caso de cambiar RFC)	Comprobante de domicilio (en caso de cambiar de domicilio)	Cuestionario sobre el asegurado	Cuestionario sobre dependientes	Copia de libretas de pagos anteriores
Actualización datos del contratante									
Para persona moral	✓	✓	✓		✓	✓			
Para persona física	✓	✓		✓	✓	✓			
Corrección datos del asegurado	✓	✓		✓	✓	✓			
Duplicado de póliza	✓	✓							
Duplicado de recibo	✓	✓							
En caso de recibo vencido	✓	✓					✓		
Cancelación de póliza	✓	✓							
Rehabilitación de póliza	✓	✓					✓		
Cambio de beneficiarios	✓	✓							
Cambio de plan	✓	✓							
Cambio en suma asegurada	✓	✓							
En caso de aumento	✓	✓					✓		
Cambio en forma de pago	✓	✓							
Cambio de cobertura	✓	✓							
En caso de agregar cobertura	✓	✓					✓		
Agregar cobertura gastos funerarios	✓	✓						✓	
Valor en efectivo o rescate	✓	✓							
Seguro prorrogado	✓	✓							
Seguro saldado	✓	✓							
Retiro de fondo en administración (sólo FVI)	✓	✓							
Traspaso de fondos para pago de primas (sólo FVI)	✓	✓							
Reposición libreta de pagos (sólo FVI)	✓	✓							
En caso de terminación	✓	✓							✓