



Prudential

HOMBRE CLAVE



No. Solicitud _____

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud que ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

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

Monto de la Suma Asegurada solicitada \$ _____

1. ¿Cómo ha sido calculada la Suma Asegurada?

☐ Múltiplo de salario. Indique el múltiplo correspondiente: _____

☐ Múltiplo de la participación de la persona clave en la cifra de utilidades.

Si es el caso, indique el múltiplo correspondiente y cómo se calculó la participación en las utilidades. _____

2. ¿Cuál es la razón del seguro? _____

3. ¿Cuenta con otras pólizas de Hombre Clave a favor de la empresa que figura como beneficiaria de esta solicitud?

☐ No ☐ Sí

Antigüedad	Plazo de plan	Suma Asegurada	Compañía

4. ¿Otras personas de la empresa cuentan con el seguro de Hombre Clave?

☐ No ☐ Sí

Puesto	Plazo de plan	Antigüedad	Suma Asegurada	Compañía

 5. ¿Serán asegurados otros socios, funcionarios o empleados de la empresa? ☐ No ☐ Sí

Nombre	Puesto en la empresa	Suma Asegurada

6. ¿En caso de que usted faltara, habría alguna otra persona en la empresa que lo sustituyera obteniendo los mismos resultados para ésta?

☐ No ☐ Sí

7. ¿En cuánto tiempo considera, se podría capacitar a una persona para sustituirlo y obtener los mismos resultados? _____

8. ¿Ha recibido capacitación en el desempeño de sus actividades, en territorio nacional o en el extranjero pagado por la empresa?

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo mencione lugar, fecha, motivo y duración: _____

9. ¿Cuál es su relación con la empresa contratante?

☐ Socio Accionista

% de Acciones _____

☐ Propietario

☐ Empleado

Puesto _____ Funciones _____ Tiempo de desempeñarlo _____



Prudential

HOMBRE CLAVE

■ DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa contratante _____

Domicilio: Calle y Número _____

Colonia _____ Delegación / Municipio _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ Código Postal _____ R.F.C. (con Homoclave) _____ Constitución o inicio _____

Inicio de operaciones _____ Giro o Actividades de la empresa _____

10. Informe los datos del Registro Público de Comercio en los que se encuentra registrada la empresa

Ciudad / Población _____ Delegación / Municipio _____ Estado _____

11. Número de empleados con los que cuenta la empresa:

	Número de empleados		Número de empleados	
Obreros		Administrativos		
Especialistas		Directivos		
Funcionarios		Otros		Total:

12. ¿Existe o ha existido liquidación, concurso mercantil, problemas financieros durante los últimos 5 años en la empresa?

☐ No ☐ Si En caso afirmativo por favor dar detalles: _____

13. ¿Se le ha otorgado a la empresa contratante algún crédito bancario o comercial? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, indicar de qué tipo (s), nombre (s) de institución (es) o casa(s) comercial(es), cuál es el monto(s) plazo (s) y fecha de apertura (s). _____

14. ¿Existen demandas o juicios promovidos en contra de la empresa? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo favor de indicar:

Naturaleza del juicio _____ Juzgado o tribunal en el que está radicado _____

Causa de Juicio o Demanda y cuantía del mismo _____

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de 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 SOLICITANTE, 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 la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio 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, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Firma del Solicitante _____

Nombre y Firma de la Empresa Contratante (Representante Legal) _____

Lugar _____ Fecha

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 19 de mayo de 2015, con el número PPAQ-S0106-0022-2015.