

Solicitud para la Cobertura de Respaldo por Fallecimiento

		Póliza No.	Cobranza No. (si cuenta con él)	Fecha
				día mes año
I. Datos de los solicitantes				
1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
5	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
6	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
	R.F.C. letras año mes día homoclave	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estatura (mts.) Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)
II. Información médica				
¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?				
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
Infarto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIDA
Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Esclerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cáncer
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tumores
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otra
En caso de haber respondido afirmativamente favor de completar la siguiente información				
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio mes año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Firma del solicitante titular				

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 tendrá 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.

Solicitante		Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco		Suma Asegurada		Fecha de nacimiento			Cobertura	
								%		día	mes	año	RF	RH
													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calle								No. exterior			No. interior			
Colonia										C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono				
Solicitante		Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco		Suma Asegurada		Fecha de nacimiento			Cobertura	
								%		día	mes	año	RF	RH
													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calle								No. exterior			No. interior			
Colonia										C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono				
Solicitante		Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco		Suma Asegurada		Fecha de nacimiento			Cobertura	
								%		día	mes	año	RF	RH
													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calle								No. exterior			No. interior			
Colonia										C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono				
Solicitante		Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco		Suma Asegurada		Fecha de nacimiento			Cobertura	
								%		día	mes	año	RF	RH
													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calle								No. exterior			No. interior			
Colonia										C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono				

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o; diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Nombre y firma del solicitante titular (Y de su representante legal si es menor de edad)	Nombre y firma del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)
--	--

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Nombre y firma del solicitante titular (Y de su representante legal si es menor de edad)	Nombre y firma del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)
--	--

Clave del agente CUA Contrato Folio	D.A.	Nombre del agente	Distribución %	Firma del agente
Clave del agente CUA Contrato Folio	D.A.	Nombre del agente	Distribución %	Firma del agente