

Esquema:		Día	Mes	Año	Sucursal:	¿Ya es usted cliente de el banco? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
1er Apellido		2do Apellido		Nombre(s)			
RFC (con homoclave)		Actividad empresarial		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CURP (clave única de registro de población)	
Nacionalidad		Lugar de nacimiento		No. I.M.S.S.		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado civil:		Título / Profesión		Domicilio (calle, núm. ext. e int.)			
Colonia			Alcaldía o Municipio		Ciudad y Estado		
C.P.	Teléfono casa	Teléfono celular		Tipo de domicilio:		Antigüedad: Actual Anterior	
Correo electrónico:							
II. INFORMACIÓN DE SU EMPLEO							
Nombre de la empresa/Dependencia					Antigüedad: Años Meses		
Domicilio (calle, núm. ext. e int)				Colonia			
Alcaldía o Municipio			Ciudad y Estado		C.P.		
Tipo de contrato		Posición que ocupa		Puesto		Teléfono ext.	
Empleo anterior (Nombre de la empresa)					Antigüedad: Años Meses		
III. AGREGUE INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE (SOLO SI SE CONSIDERARÁ PARA EL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO) Y/O COACREDITADO							
En caso de existir coacreditados adicionales, obligados solidarios o garantes, llena otra solicitud y marca este recuadro <input type="checkbox"/>							
1er Apellido		2do Apellido		Nombre(s)			
RFC (con homoclave)		Actividad empresarial		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CURP (clave única de registro de población)	
Nacionalidad		Lugar de nacimiento		No. I.M.S.S.		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado civil:		Título / Profesión		Domicilio (calle, núm. ext. e int.)			
Colonia			Alcaldía o Municipio		Ciudad y Estado		
C.P.	Teléfono casa	Teléfono celular		Tipo de domicilio:		Antigüedad: Actual Anterior	
Correo electrónico:							
IV. INFORMACIÓN DE SU EMPLEO (CÓNYUGE Y/O COACREDITADO)							
Nombre de la empresa/Dependencia					Antigüedad: Años Meses		
Domicilio (calle, núm. ext. e int)				Colonia			
Alcaldía o Municipio			Ciudad y Estado		C.P.		
Tipo de contrato		Posición que ocupa		Puesto		Teléfono ext.	
Empleo anterior (Nombre de la empresa)					Antigüedad: Años Meses		
V. DATOS ECONÓMICOS							
Ingresos mensuales fijos:		Bruto \$	Neto \$	Otros ingresos \$	Total \$	Fuente de otros ingresos	
Agregue información del coacreditado sólo si se considera para el otorgamiento del crédito							
Ingresos mensuales fijos:		Bruto \$	Neto \$	Otros ingresos \$	Total \$	Fuente de otros ingresos	
Información de bienes inmuebles: No.:			Valor estimado \$		Valor gravado \$		
VI. REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE							
1er Apellido		2do Apellido		Nombre(s)		Teléfono	
VII. CONDICIONES DEL CRÉDITO Y DATOS DEL INMUEBLE							
Tipo de producto:		Destino del crédito:			Plazo (años)		
Importe (núm.) \$		Valor estimado del Inmueble \$		Entidad Federativa del Inmueble			
¿Solicita impresión parcial de su número de crédito en su estado de cuenta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿Desea que su nombre se refleje en su estado de cuenta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
VIII. INFORMACIÓN SOBRE EL VENDEDOR							
Nombre / Razón social							
Teléfono				Parentesco con el Solicitante			
IX. SERVICIOS ADICIONALES							
El Solicitante contrata un paquete integral de servicios*: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
El paquete puede incluir: Cuenta Banorte, seguro de vida, seguro de daños, seguro de obra civil, seguro de desempleo involuntario (si cumple con criterios y elegibilidad), enfermedades graves y momentos de vida (cuando aplique).							
Si no contrata algunos(s) de los productos que incluye el paquete, el solicitante entrega:							
• Domiciliación para el pago de su crédito hipotecario si elige una cuenta que tiene contratada con una entidad diferente a Banorte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
• Póliza del seguro de vida con aseguradora diferente Seguros Banorte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
• Póliza del seguro de daños con aseguradora diferente Seguro Banorte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
• Póliza del seguro de obra civil con aseguradora diferente Seguro Banorte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
En este acto autorizo a EL BANCO para que contrate a mi nombre y por mi cuenta la(s) póliza(s) que amparen un seguro de vida, daños y obra civil con Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte en el caso de que no entregue la(s) póliza(s) antes de la celebración del contrato o durante la vigencia de dicho contrato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

Nota: para cotejar copias, es necesario que nos presente los originales de los documentos oficiales, los cuales se devolverán una vez revisados.

REQUISITOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE:

Principales requisitos: 1.- Edad mínima 25 años, 2.- Antigüedad laboral de 2 años, 3.- Comprobación de ingresos mínima de \$10,000 pesos brutos, 4.- Solicitud de crédito requisitada y firmada, 5.- Identificación oficial, 6.- Comprobante de domicilio oficial vigente, 7.- Comprobante de ingresos. Para conocer a detalle los requisitos de contratación favor de consultar nuestro Folleto de Ley de Transparencia en www.banorte.com

NOTAS IMPORTANTES PARA EL SOLICITANTE:

1. Queda entendido que el banco no contrae la obligación de otorgar el crédito, ni asume responsabilidad alguna por el hecho de recibir esta solicitud.
2. Acepto mi conformidad para cubrir los gastos por concepto de gastos de preoriginación - gastos de aprobación, gastos de preoriginación - avalúo hipotecario, gastos notariales, contratación - supervisión de uso de recursos, contratación - crédito y por la contratación de un seguro de vida y daños para el inmueble ofrecido en garantía, así como también acepto cubrir los gastos que se generen aun cuando el crédito sea rechazado.
3. Estoy enterado que deberé contar con un seguro de daños para el inmueble y un seguro de vida que ampare a cada uno de los acreditados, consulta nuestro Folleto de Ley de Transparencia en www.banorte.com. Estos seguros podrán, sin que constituyan una obligación ser contratados por el banco, en este caso cubriré a esta institución los gastos correspondientes.
4. Para consultar las características de coberturas requeridas por el banco en la contratación de una póliza externa que cubra un seguro de vida y/o daños al inmueble, consultar en www.banorte.com
5. El Número de Seguridad Social (NSS) solo se recaba en los productos de Apoyo Infonavit y Cofinavit.
6. EL BANCO hace constar que solicitó a El Solicitante expresamente a través de este documento y/o al momento de la contratación el teléfono móvil o correo electrónico, por lo que se hace del conocimiento de El Solicitante que si no proporciona el teléfono móvil o correo electrónico EL BANCO no estará en posibilidad de hacer las notificaciones correspondientes a las contrataciones u operaciones que se realicen en su nombre.

OFERTA VINCULANTE

1. Para la expedición de una oferta vinculante se requiere llenar la solicitud de crédito y no se requerirá la presentación de los documentos necesarios para la contratación del crédito garantizado a la vivienda, sino que éstos deben entregarse al momento de la aceptación por escrito de la oferta vinculante correspondiente.
2. El banco estará obligado a otorgar el crédito garantizado a la vivienda en términos y condiciones que se establezcan en la oferta vinculante siempre y cuando el banco compruebe la identidad del Solicitante, la veracidad y autenticidad de los datos que proporcionó, la capacidad crediticia del Solicitante conforme a las normas prácticas bancarias y condiciones de mercado. La realización de un avalúo practicado por un valuador autorizado y el cumplimiento de las demás formalidades que requiera la ley.
3. En el caso de que el solicitante requiera la emisión de una oferta vinculante declara de buena fe el contenido de los datos de la solicitud.

Con base en la información señalada en la presente solicitud.

¿Está interesado en que el banco les expida una oferta vinculante? SÍ NO

AUTORIZACIONES REVOCABLES RESPECTO DEL REGISTRO SIN PUBLICIDAD FINANCIERA

1. Los datos personales del Solicitante pueden utilizarse para mercadeo. SI NO
2. Es voluntad del Solicitante recibir publicidad de bienes productos y servicios financieros de las entidades integrantes Grupo Financiero Banorte, S.A.B. de C.V. o Subsidiarias de éstas, en: (i) correos electrónicos personales y del lugar de trabajo; (ii) teléfonos fijos y/o móviles particulares y del lugar de trabajo; y (iii) por cualquier otro medio. SI NO
3. El Solicitante expresamente autoriza a las entidades integrantes de Grupo Financiero Banorte, S.A.B. de C.V. o Subsidiarias de éstas, contactarlo en su lugar de trabajo o por vía telefónica, en cualquier momento durante el horario laboral para ofrecerle algún servicio financiero. SI NO

Firma del Solicitante _____

AVISO DE PRIVACIDAD

El Solicitante, El Coacreditado, El Garante, El Cónyuge y/o Obligado Solidario, de manera conjunta o individual "el Titular de los Datos Personales" reconocen que Banco Mercantil del Norte S.A. Institución de Banca Múltiple Grupo Financiero Banorte, en lo sucesivo "Banorte", con domicilio en Avenida Revolución # 3000, Colonia La Primavera Monterrey, Nuevo León, CP.64830, puso a su disposición el Aviso de Privacidad, con anterioridad a recabar y/o haber obtenido sus datos personales a través del presente formato, el cual podrá ser consultado en todo momento por el Titular de los Datos Personales en la página de internet www.banorte.com, los datos se sujetan a las finalidades establecidas en nuestro Aviso de Privacidad, en caso de no desear que sus datos sean tratados para estos fines, puede comunicarlo, a través de los medios señalados en el Aviso de Privacidad, el Titular de los Datos Personales otorga su consentimiento de manera expresa para que Banorte de tratamiento a sus Datos Personales Patrimoniales y Sensibles, en su caso, para el cumplimiento del contrato de crédito solicitado y con las finalidades primarias y secundarias previstas en el Aviso de Privacidad. Autorizo la utilización de mis datos biométricos que pueden ser huellas dactilares, geometría de la mano, voz, reconocimiento facial, patrones en iris o retina, a fin de que sean utilizados como medio de identificación y autenticación.

Adicional a lo anterior, autorizo a Banorte para que en caso de ser necesario transfiera mis Datos Personales a cualquiera de las entidades que forman parte del Grupo Financiero Banorte S.A.B. de C.V., a SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE y/o terceros (proveedores), socios comerciales que realicen procesos de apoyo para la contratación de créditos y prestación de servicios, contemplados en nuestro Aviso de Privacidad, siempre y cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica.

ACEPTACION DE LA SOLICITUD

El (los) Solicitante(s), el (los) Coacreditado(s), el (los) Garante(s)" y el (los) Obligado(s) Solidario(s) declaran bajo protesta de decir la verdad que la información entregada en forma anexa es veraz y conoce(n) las sanciones que establece el artículo 112 de la ley de Instituciones de Crédito. Art. 112 de la ley de Instituciones de Crédito: Serán sancionados con prisión de dos a quince años y multa por una cantidad equivalente a trescientos cincuenta mil días el salario mínimo general vigente en la Ciudad de México, las personas que con el propósito de obtener un crédito proporcionen a una institución de crédito datos falsos sobre el monto de activos o pasivos de una entidad, de una persona física o moral, si como consecuencia de ello, resulta quebranto para la institución.

El Banco y el Solicitante acuerdan que, para la suscripción de la presente Solicitud, el Solicitante podrá firmar a través de información biométrica, de forma autógrafa o electrónica, esto último siempre y cuando el Solicitante tenga contratados los servicios de Banca Electrónica que el Banco habilite para tales efectos. La información biométrica utilizada para autenticar al Solicitante y manifestar su consentimiento se entenderá como sustituta de la firma autógrafa de las partes en la presente solicitud. La información biométrica capturada del Solicitante y del representante de "EL BANCO", las cuales serán verificadas en los registros biométricos del Instituto Nacional Electoral o con cualquier otra autoridad mexicana que provea el servicio de verificación de información biométrica similar al de dicho instituto, o en su caso, en la base de datos de información biométrica que "EL BANCO" pueda tener de sus clientes, se entenderán como sustituto de la firma autógrafa de las Partes, por lo que los obligarán y producirán los mismos efectos que ésta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio para acreditar de manera expresa y clara la voluntad de las Partes.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Nombre del Coacreditado (s)

Firma del Coacreditado (s)

Nombre de su Cónyuge, en su caso

Firma de su Cónyuge, en su caso

Nombre del Garante (s)

Firma del Garante (s)

Nombre del Obligado Solidario (s)

Firma del Obligado Solidario (s)

FIRMAS DE APOYO

Nombre y firma del Ejecutivo de Cuenta de la Sucursal

Nombre y firma del Director de la Sucursal

Es responsabilidad del Ejecutivo de Cuenta de la Sucursal que la documentación que el Cliente anexe a la misma, coincida con los datos de la solicitud.

OBSERVACIONES DE LA SUCURSAL

Datos del Investigado Persona Moral, Persona Física o Persona Física con Actividad Empresarial:

Solicitante 1 (S1)		Solicitante 2 (S2)	
Nombre o denominación social:		Nombre o denominación social:	
Domicilio Calle, número y Colonia:		Domicilio Calle, número y Colonia:	
Ciudad, estado y código postal:		Ciudad, estado y código postal:	
Registro Federal de Contribuyentes RFC: (con homoclave)		Registro Federal de Contribuyentes RFC: (con homoclave)	
Teléfonos		Teléfonos	
Fecha en la que se firma		Fecha en la que se firma	

Obligado solidario 1 (O1)		Obligado solidario 2 (O2)	
Nombre o denominación social:		Nombre o denominación social:	
Domicilio Calle, número y Colonia:		Domicilio Calle, número y Colonia:	
Ciudad, estado y código postal:		Ciudad, estado y código postal:	
Registro Federal de Contribuyentes RFC: (con homoclave)		Registro Federal de Contribuyentes RFC: (con homoclave)	
Teléfonos		Teléfonos	
Fecha en la que se firma		Fecha en la que se firma	

Por favor señale el tipo de persona investigada:

Persona Física con Actividad Empresarial (Dun & Bradstret, S.A. S.I.C.)

Persona moral (Dun & Bradstret, S.A. S.I.C.)

Persona Física (Trans Unión de México, S.A. S.I.C.)

S1	S2	O1	O2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente expresamente autorizamos a Banco Mercantil del Norte, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte y/o a Arrendadora y Factor Banorte, S.A de C.V. Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad Regulada Grupo Financiero Banorte (LAS INSTITUCIONES), para que cualquiera de ellas solicite información de nuestras operaciones de crédito y otras de naturaleza análoga que tenemos celebrada o hemos celebrado con otras entidades financieras y empresas comerciales, a las sociedades de información crediticia, así mismo las autorizamos para que la información financiera y patrimonial que les hemos proporcionado, así como la obtenida de las sociedades de información crediticia sea divulgada y compartida con los demás entidades financieras pertenecientes a Grupo Financiero Banorte S.A.B. de C.V y a sus demás subsidiarias; en el entendido de que declaramos expresamente que tenemos pleno conocimiento de:

1. La naturaleza y alcance de la información que será proporcionada por las sociedades de información crediticia.
2. Del uso de LAS INSTITUCIONES harán de tal información.
3. Que LAS INSTITUCIONES podrán realizar consultas periódicas de nuestro historial crediticio durante todo el tiempo en que se mantenga vigente esta autorización

La presente autorización estará vigente por un plazo de tres años a partir de su fecha de otorgamiento, o durante todo el tiempo en que esté vigente o mantenga una relación jurídica con LAS INSTITUCIONES.

Nombre y firma del Solicitante 1

Nombre y firma del Solicitante 2

Nombre y firma del Obligado 1

Nombre y firma del Obligado 2

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto ser representante legal de la Empresa mencionada en esta autorización. Estoy consciente y acepto que este documento queda bajo propiedad de Banco Mercantil del Norte, S.A. Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte y/o Arrendadora y Factor Banorte, S.A. de C.V.; Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad Regulada, Grupo Financiero Banorte para efectos de control y cumplimiento de lo dispuesto por la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia.

Para uso exclusivo de las instituciones

Para ser llenado por el ejecutivo responsable

Favor de enviar información de burós de crédito a:

Fax No.: _____

C.R. del cliente: _____

Firma: _____

Datos del solicitante: Nombre y Puesto:

Anexar: Fotocopia de identificación oficial con fotografía y firma y en caso de dictamen del área jurídica respecto de la escritura que justifique el nombramiento y la facultad del representante.

IMPORTANTE Recuerda IMPRIMIR UN TANTO ADICIONAL de esta PÁGINA y consérvalo en el expediente del Sucursal / Centro Regional Hipotecario

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante		Póliza No.			
Nombre del(de los) Asegurado(s)		VIGENCIA DEL SEGURO			
Acreditado		Desde		Hasta	
Co-acreditado		Día / Mes / Año		Día / Mes / Año	
Puesto u ocupación Acreditado					
Puesto u ocupación Coacreditado					
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Fecha de solicitud para ser asegurado en la póliza de grupo (Día / Mes / Año)			
Regla para determinar la Suma Asegurada		Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Monto del Crédito _____			

Coberturas: Fallecimiento Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
 Momentos de Vida Enfermedades Graves

Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima:

CUESTIONARIO

	Acreditado		Co-acreditado	
	Si	No	Si	No
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedades del corazón, hipertensión arterial, venas, arterias, pulmones, sistema nervioso, cerebro, esófago, estómago, riñones, hígado, vesícula biliar, próstata, convulsiones, parálisis, paraplejía, cáncer, tumores, diabetes, o en general alguna enfermedad, afección o lesión grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene programada alguna cirugía para los próximos 3 meses, que implique hospitalización de más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le ha comunicado que tiene SIDA o que es portador del virus de inmunodeficiencia humana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene incapacidad total y permanente o invalidez total y permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En caso afirmativo: ¿Más de 7 cajetillas a la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Por su ocupación está expuesto a: sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada (relacionada con la construcción o la minería)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Practica profesionalmente el buceo, boxeo, lucha, torero, alpinismo, paracaidismo, charrería, ala delta, motociclismo, motonáutica o automovilismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE SER AFIRMATIVA ALGUNA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO, ESPECIFICAR SU RESPUESTA.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento, serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial, exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en nuestra página de internet www.segurosbanorte.com.mx. "El titular de los datos" reconoce que le fue facilitado el Aviso de Privacidad Integral, previo a haber asentado sus datos en el presente documento, asimismo "El titular de los datos", consiente expresamente a SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, el tratamiento de sus datos sensibles, financieros y/o patrimoniales, con sujeción a las finalidades establecidas en dicho aviso de privacidad integral.

FIRMA DEL ACREDITADO

FIRMA DEL CO-ACREDITADO

CONTRATO

Conforme a los artículos 8,9,10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este consentimiento, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven de la póliza que se expida basada en las declaraciones anteriores. Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, recibiendo a cambio los beneficios que se derivan del mismo. Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan a la póliza que en su caso expida Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como asegurado. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas y laboratorios a los que haya ingresado, para estudios, diagnósticos o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcione a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte toda la información que se requiera tal como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historial clínico completo, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi estado de salud o enfermedades anteriores, en relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información.

_____ FIRMA DEL ACREDITADO

_____ FIRMA DEL CO-ACREDITADO

Beneficios: Los marcados en el apartado de la regla para determinar la suma asegurada.

El beneficiario preferente es BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE. Si la suma asegurada excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda:

Asegurados	Nombre completo de los beneficiarios, fecha de nacimiento y domicilio	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje (%)
Acreditado			
Coacreditado			

Advertencia: 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 incondicionado de disponer de la suma asegurada. Los beneficiarios designados en esta sección serán tomados en cuenta sólo en caso de que el asegurado fallezca a consecuencia del riesgo cubierto.

_____ FIRMA DEL ACREDITADO

_____ FIRMA DEL CO-ACREDITADO

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada: En documentos impresos _____ Por medios electrónicos _____ En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico _____.

Se le invita a consultar las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx, o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ACREDITADO/ASEGURADO

FIRMA DEL COACREDITADO/ASEGURADO

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx.

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 **16 de abril de 2025**, con el número **CNSF-S0001-0447-2024/CONDUSEF-006668-02** y a partir del día **13 de julio de 2012**, con el número **BADI-S0001-0028-2012** y a partir del día **19 de diciembre de 2019**, con el número **BADI-S0001-0070-2019**.

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social: BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S. A.	
Calle y Número: REVOLUCIÓN NO. 3000	RFC: BMN-930209-927
Municipio/Alcaldía: MONTERREY	Código Postal: 64830
Colonia: LA PRIMAVERA 1 SECTOR	Estado: NUEVO LEÓN
Correo Electrónico:	Teléfono:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado:	
Calle y Número:	Código Postal:
Municipio/Alcaldía:	Estado:
Colonia:	Teléfono:
Correo Electrónico:	

DATOS DEL BIEN ASEGURADO

Calle y Número:	Código Postal:
Municipio/Alcaldía:	Estado:
Colonia:	Teléfono:
Edad del inmueble:	

DATOS ADICIONALES

Moneda:	Forma de Pago				Medios de pago:*						
Pesos <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Cuatrimestral <input type="checkbox"/>	Bimestral <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>

DATOS DE LAS COBERTURAS

SECCIÓN/COBERTURAS	AMPARADO / EXCLUIDO	SUMAS ASEGURADAS
INCENDIO	AMPARADO	DE ACUERDO CON AVALÚO* 10% SUMA ASEGURADA** 4.5% SUMA ASEGURADA** 10% SUMA ASEGURADA** 20% SUMA ASEGURADA** 10% SUMA ASEGURADA*** 4.5% SUMA ASEGURADA*** 10% SUMA ASEGURADA*** \$1,500,000.00 \$50,000.00 \$100,000.00
RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS	AMPARADO	
TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA	AMPARADO	
EDIFICIO – TODO RIESGO	AMPARADO	
REMOCIÓN DE ESCOMBROS (S)	AMPARADO	
INFLACIÓN (S)	AMPARADO	
GASTOS EXTRAORDINARIOS (S)	AMPARADO	
CONTENIDOS– TODO RIESGO	AMPARADO	
REMOCIÓN DE ESCOMBROS (S)	AMPARADO	
INFLACIÓN (S)	AMPARADO	
GASTOS EXTRAORDINARIOS (S)	AMPARADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA Y FAMILIAR	AMPARADO	
ROTURA DE CRISTALES	AMPARADO	
ROBO CON VIOLENCIA Y ASALTO	AMPARADO	

(S) = Sublímite
 * DESCONTANDO EL VALOR DEL TERRENO
 ** PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA DEL EDIFICIO
 *** PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA DE CONTENIDOS

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”

CONTRATO

Conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este Contrato de Seguro, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven de la póliza que se expida basada en las declaraciones anteriores.

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del Contrato de Seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato, recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan y que forman parte del Contrato de Seguro solicitado, en las cuales se establecen las limitaciones y exclusiones que se aplican al mismo; que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como solicitante. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx, solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Solicitante y en su momento Contratante de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico: _____.

Firma del Solicitante y/o Asegurado

Firma del Contratante

Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio www.segurosbanorte.com.mx. Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera perteneciente a Grupo Financiero Banorte y sus Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado, así como para prospección comercial.

Medios de Pago

1. Los Pagos son recibidos en cualquier sucursal de Banorte y en las cajas de la Compañía Aseguradora a través de la referencia bancaria proporcionada, en caso de que el cliente haya indicado que el cobro se realice de manera domiciliada, la Aseguradora hará el cargo correspondiente a su tarjeta de débito o crédito o cuenta bancaria.
2. Cuando el pago se realice con cheque, este será recibido salvo buen cobro y deberá ser a nombre de Seguros Banorte, S.A. de C.V. y contener la leyenda para abono en cuenta del Beneficiario.

Firma del Solicitante y/o Asegurado

Firma del Contratante

CONTRATO

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada:

En documentos impresos _____ Por medios electrónicos _____ .

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas, el alcance real de la cobertura, la 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 otorgado por la CNSF, mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a Seguros Banorte, S.A. de C.V. para riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Número y nombre del Agente/Funcionario:

Número de Oficina:

Firma del Agente/Funcionario: _____

El testimonio de lo cual la compañía firma la presente póliza en: Monterrey, N.L a _____ de _____ de _____.

Nota:

* Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que será un medio de pago efectivo y válido de las primas el realizado mediante cheque y/o domiciliación bancaria.

Así mismo, de manera enunciativa y no limitativa, se reconoce por parte de la Aseguradora que el Estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción bancaria por medio de la cual se haga patente el cargo, transferencia y/o depósito de la prima o parcialidad de esta, harán prueba plena del pago de la misma hasta en tanto la Compañía entregué el comprobante correspondiente.

“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 **07 de marzo del 2019**, con el número **PPAQ-S0001-0001-2019/CONDUSEF-003737-02.**”

NÚMERO DE SOLICITUD:

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social: BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S. A.	
Calle y Número: REVOLUCIÓN NO. 3000	RFC: BMN-930209-927
Municipio/Alcaldía: MONTERREY	Código Postal: 64830
Colonia: LA PRIMAVERA 1 SECTOR	Estado: NUEVO LEÓN
Correo Electrónico:	Teléfono:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado:	
Calle y Número:	Código Postal:
Municipio/Alcaldía:	Estado:
Colonia:	Teléfono:
Correo Electrónico:	

DATOS DEL BIEN ASEGURADO

Calle y Número:	Código Postal:
Municipio/Alcaldía:	Estado:
Colonia:	Teléfono:

Edad del inmueble:

DATOS ADICIONALES

Moneda:	Forma de Pago				Medios de pago:*		
Pesos <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Cuatrimestral <input type="checkbox"/>	Bimestral <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/>		
Dólares <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>		

DATOS DE LAS COBERTURAS

SECCIÓN/COBERTURAS	AMPARADO / EXCLUIDO	SUMAS ASEGURADAS
OBRA CIVIL (CAR)		
DAÑOS MATERIALES COBERTURA BÁSICA	AMPARADO	DE ACUERDO CON AVALÚO*
TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
HURACÁN, GRANIZO, INUNDACIÓN (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
HUELGAS (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
MANTENIMIENTO (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
R.C. PERSONAS	AMPARADO	20% SUMA ASEGURADA**
R.C. BIENES DE TERCEROS (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
REMOCIÓN DE ESCOMBROS (S)	AMPARADO	100% SUMA ASEGURADA**
OTRAS PROPIEDADES DEL ASEGURADO	AMPARADO	20% SUMA ASEGURADA**
EQUIPO DE CONSTRUCCIÓN	AMPARADO	20% SUMA ASEGURADA**
MAQUINARIA DE CONSTRUCCIÓN	AMPARADO	20% SUMA ASEGURADA**
GASTOS EXTRAORDINARIOS Y FLETE EXPRESS	AMPARADO	20% SUMA ASEGURADA**

(S) = Sublímite

* DESCONTANDO EL VALOR DEL TERRENO **
PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA SOBRE
LA COBERTURA BÁSICA

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”

CONTRATO

Conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere este Contrato de Seguro, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven de la póliza que se expida basada en las declaraciones anteriores.

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del Contrato de Seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato, recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales, que se anexan y que forman parte del Contrato de Seguro solicitado, en las cuales se establecen las limitaciones y exclusiones que se aplican al mismo; que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como solicitante. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx, solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento, a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico _____, cuyo correo electrónico válido y confirmo es el propio para recibir todo lo relacionado con la documentación relacionada con el contrato de seguro.

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada:
En documentos impresos: _____ Por medios electrónicos _____.

Firma del Solicitante y/o Asegurado

Firma del Contratante

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas, el alcance real de la cobertura, la 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 otorgado por la CNSF, mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a Seguros Banorte, S.A. de C.V. para riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Número y nombre del Agente/Funcionario:

Número de Oficina:

Firma del Agente/Funcionario: _____

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio www.segurosbanorte.com.mx Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera perteneciente a Grupo Financiero Banorte y sus Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado, así como para prospección comercial.

CONTRATO

Medios de Pago

1. Los Pagos son recibidos en cualquier sucursal de Banorte y en las cajas de la Compañía Aseguradora a través de la referencia bancaria proporcionada, en caso de que el cliente haya indicado que el cobro se realice de manera domiciliada, la Aseguradora hará el cargo correspondiente a su tarjeta de débito o crédito o cuenta bancaria.
2. Cuando el pago se realice con cheque, este será recibido salvo buen cobro y deberá ser a nombre de Seguros Banorte, S.A. de C.V. y contener la leyenda para abono en cuenta del Beneficiario.

Firma del Solicitante y/o Asegurado_____
Firma del Contratante

Nota:

* Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que será un medio de pago efectivo y válido de las primas el realizado mediante cheque y/o domiciliación bancaria.

Así mismo, de manera enunciativa y no limitativa, se reconoce por parte de la Aseguradora que el Estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción bancaria por medio de la cual se haga patente el cargo, transferencia y/o depósito de la prima o parcialidad de esta, harán prueba plena del pago de la misma hasta en tanto la Compañía entregué el comprobante correspondiente.

LAS PARTES manifiestan su consentimiento en suscribir el presente documento y refieren a que el consentimiento de las partes puede manifestarse por medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, siempre que la información generada o comunicada en forma íntegra, a través de dichos medios sea atribuible a las personas obligadas y accesible para su ulterior consulta, lo anterior de conformidad con lo estipulado en los artículos 1 y 1803 del Código Civil Federal, así como el artículo 210-A del Código Federal de Procedimientos Civiles en relación a lo dispuesto en el artículo 89 del Código de Comercio cuyo precepto legal contempla que las firmas generadas en medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología se puedan denominar firmas electrónicas, las cuales tendrán plena validez jurídica contemplando tanto la firma electrónica como la firma electrónica avanzada o fiable. Autorizo recibir información, notificaciones y documentación contractual del seguro señalado, por medio del correo electrónico antes señalado y que los términos y condiciones los puedo consultar directamente en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx

Esta solicitud ha sido autorizada a través lector de biometría de la huella dactilar en sustitución de la firma autógrafa,

Fecha: _____ Hora: _____ Folio: _____ .

La información sentada en el presente documento por el que la suscribe ha sido autorizada a través de información y lector de biometría en sustitución de la firma autógrafa,

Fecha: _____ Hora: _____ Folio: _____ .

En caso de la que firma del presente solicitud sea de forma digital, reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo con términos y condiciones para el uso de dicha firma y tramitar el pago del siniestro descrito, así como los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado del uso de la misma.

Precisando que la información asentada y declarada por el asegurado a través del presente formato en forma digital es real y verídica.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información asentada en el presente documento, es verídica y que en caso de alguna omisión e inexacta declaración en los hechos asentados, la LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, faculta a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

El testimonio de lo cual la compañía firma la presente póliza en: Monterrey, N.L a _____ de _____ de _____.

“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 **12 de mayo del 1995**, con el número **D-208/CONDUSEF-G-01474-001.**”

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante:		No. Póliza:			
Nombre del(de los) Asegurado(s) :		VIGENCIA DEL SEGURO			
Acreditado:		Desde		Hasta	
Co-acreditado:		Día / Mes / Año		Día / Mes / Año	
Puesto u ocupación Acreditado					
Puesto u ocupación Coacreditado					
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)		Fecha de ingreso al servicio del patrón (Día / Mes / Año)			
Coberturas: Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/> Meses _____					
Tipo de Persona					
Acreditado:		Física asalariada <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
Co-acreditado:		Física asalariada <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	

CUESTIONARIO

	Acreditado		Co-acreditado	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Tiene un contrato de trabajo por tiempo indefinido o un nombramiento definitivo, en el cual se establezca una jornada de trabajo de tiempo completo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Trabaja para una persona moral que tiene RFC? (Esta pregunta no aplica para trabajadores del Estado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha trabajado ininterrumpidamente al menos 24 meses inmediatos anteriores a la fecha de la presente solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL ASEGURADO/ACREDITADO

ASEGURADO/COACREDITADO

CONTRATO

Conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozco o debiera conocer en el momento de firmarlo. Estoy informado que las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto de los hechos importantes para apreciación del riesgo que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho a las indemnizaciones que se deriven del certificado que se expida basado en las declaraciones anteriores.

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del Contrato de Seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato, recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo.

Así mismo manifiesto que se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx solicitarlas al asesor o a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

FIRMA DEL ASEGURADO/ACREDITADO

ASEGURADO/COACREDITADO

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A. de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE, por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

En caso de que la compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada: En documentos impresos _____ Por medios electrónicos _____ En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico _____

ASEGURADO/ACREDITADO

ASEGURADO/COACREDITADO

Nota: Este seguro unicamente aplica para personas físicas asalariadas.

Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio www.segurosbanorte.com.mx. Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera perteneciente a Grupo Financiero Banorte y sus Subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del Contrato de Seguro celebrado, así como para prospección comercial. Se le invita a consultar las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx, o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800 500 2500.

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DE LA SEGURO/ACREDITADO

FIRMA DEL ASEGURADO/COACREDITADO

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx. La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La presente póliza es un contrato de no adhesión, ya que los términos y condiciones han sido establecidos libremente y de común acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Por tanto, aplica lo previsto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y no se realiza registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.