

INFORMACIÓN PARA SEGUROS

Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, CDMX., recaba sus datos personales, financieros y sensibles para dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, así como para realizar campañas de prospección, comercialización y envío de publicidad. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanamex.com.mx

CUESTIONARIO MÉDICO PARA SEGURO COLECTIVO			
Las áreas sombreadas son para uso exclusivo de la Aseguradora y/o el Banco			
No. de Póliza:	No. de Certificado:	Tipo de Crédito	Suma Asegurada Autorizada por el Banco:
Nombre del Contratante:			Banco Nacional de México, S.A.
Titular Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s): RAZO SANCHEZ CYNTHIA AURORA		Coacreditado Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):	

1. Masa Corporal Titular

Estatura: 1.70 mts. Peso: 68 kgs.

1. Masa Corporal Coacreditado

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

2. Profesión u Ocupación. Detalle de labores de la profesión u ocupación:

Titular

Coacreditado

ASESOR INMOBILIARIO INDEPENDIENTE

3. ¿Desempeña o practica usted deportes en forma profesional y/o realiza actividades o deportes de alto riesgo como: aviación no comercial, motociclismo, paracaidismo, buceo, esquí acuático, tauromaquia, alpinismo o charrería? En respuestas positivas favor de especificar.

Titular ☐ SI ☒ NO

Coacreditado ☐ SI ☐ NO

4. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: leucemia, sida, insuficiencia renal, diabetes, epilepsia, enfermedades del hígado (por ejemplo hepatitis crónica, cirrosis, insuficiencia hepática), enfermedades del corazón (por ejemplo angina de pecho, infarto al miocardio, cirugía del corazón), hipertensión, tumores malignos o cáncer, hemorragias o tumor cerebral, padecimientos psiquiátricos, cirugías de columna, glaucoma, sordera, enfermedad pulmonar obstructiva crónica? En respuestas positivas especifique enfermedad y tipo de padecimiento. (en caso necesario anexar otra hoja)

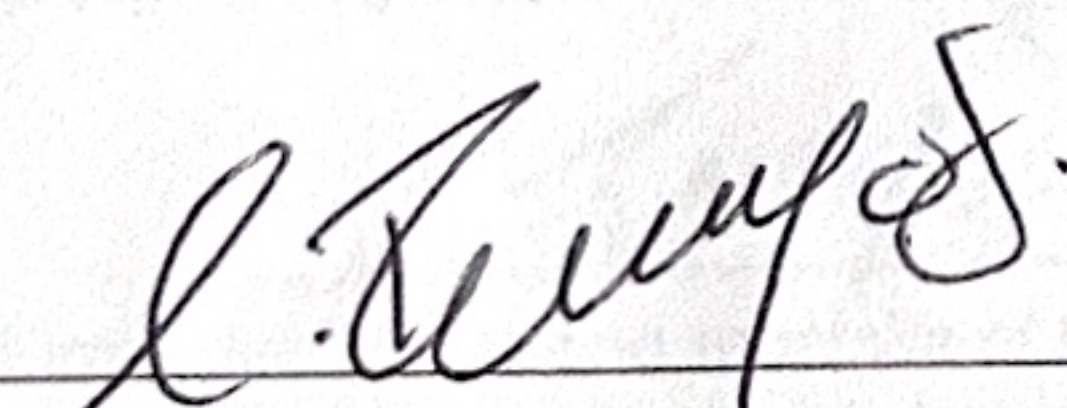
Titular ☐ SI ☒ NO

Coacreditado ☐ SI ☐ NO

NOTA:

a) Se previene al solicitante que conforme a la ley del contrato de seguro, debe aclarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la omisión, inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podrá motivar su rechazo.

Lugar y Fecha: PACHUCA, HIDALGO A 11 MARZO 2026


 Firma del Titular que requisita el Cuestionario Médico

 Firma del Coacreditado que requisita el Cuestionario Médico

(Si el solicitante no puede o no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital del dedo pulgar de su mano derecha)

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 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 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.

BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE

El beneficiario preferente e irrevocable es Banco Nacional de México, S.A., de acuerdo con lo establecido en la escritura correspondiente, por el total del saldo insoluto del crédito otorgado. El remanente, si lo hubiere, será entregado a los beneficiarios que se detallan a continuación:

BENEFICIARIOS DEL TITULAR					
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	Domicilio	Teléfono	%	Parentesco	Fecha de Nacimiento
VICTORIA VINETH CASTILLO RAZO	Nacar 306 Gema Residencial	55 4962436	100	hija	7/sep/1999
BENEFICIARIOS DEL COACREDITADO					
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	Domicilio	Teléfono	%	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas. Finalmente autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, para que den a Seguros Banamex, S.A. de C.V., todos los informes referentes a mi salud, para lo cual relevo a dichos médicos en relación a su secreto profesional de toda responsabilidad por proporcionar dichos informes. Autorizo a las compañías de seguros a las que he solicitado un seguro para que proporcionen la información de su conocimiento a Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, con el fin de fortalecer las medidas para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos en contra de su clientela o de la propia Institución. Así mismo, para los fines antes descritos, autorizo a Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex proporcione la información de su conocimiento, a las compañías de seguros a las que en su caso solicite o haya solicitado un seguro. Se previene al solicitante que conforme al Art. 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía de que la misma sería aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar y Fecha: PACHUCA, HIDALGO A 11 MARZO 2026

Firma del Titular que requisita el Cuestionario Médico
(Si el solicitante no puede o no sabe firmar, deberá imprimir la huella digital del dedo pulgar de su mano derecha)

Firma del Coacreditado que requisita el Cuestionario Médico

Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de agosto de 2020, con el número CNSF-S0050-0097- 2020/CONDUSEF-004172-06.

Seguros Banamex, S.A. de C.V., Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx.,
Tel., México: 55 1226 8100, Extranjero: 1 800 226 2639. Lunes a viernes 8:00 am a 8:00 pm - sábado de 8:00 am a 4:00 pm.