

Se previene al solicitante que, conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere este Consentimiento, tal y como los conozca o deba conocer al momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o falsa declaración, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

FOLIO SOLICITUD: 26031445911211202230TI001

DATOS DEL CONTRATANTE

BANCO SANTANDER MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO SANTANDER MEXICO

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE (*Obligatorios)

Nombre*: SILVIA DIAZ YAÑEZ	RFC*: DIYS610105XXX	Fecha Nacimiento: 05/01/1961	Nacionalidad*: MEXICANA
CURP: DIYS610105MTLZXL01	Ocupación o Profesión*: INDEPENDIENTE / HONORARIOS	Género*: MUJER	Estado Civil*: CASADO
Describa brevemente sus funciones/actividades*: COMPRA VENTA DE ARTICULOS PARA REGALO			
Domicilio (calle y número)*: AV MOCTEZUMA 914 2		Colonia*: CENTRO	
Población*: APIZACO	Estado*: TLAXCALA	C.P.*: 90300	Tel. Particular*: -
Correo Electrónico: CHIVISDIAZSOFTWARE@GMAIL.COM			

DATOS DEL CREDITO / SEGURO

Monto del Crédito Solicitado	Plazo del Crédito Solicitado (en meses)
\$ 299,387.47	72 Meses
Coberturas¹	Suma Asegurada o Regla para Determinarla
Fallecimiento	Saldo insoluto del crédito a la fecha del siniestro, integrado por capital e intereses ordinarios (no incluye intereses moratorios, ni cuotas o pagos vencidos)
Invalidez Total y Permanente	
Desempleo involuntario o Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal	
Mensualidades pactadas de acuerdo con lo establecido en la carátula del certificado.	

BENEFICIARIO PREFERENTE E IRREVOCABLE

BANCO SANTANDER MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO SANTANDER MEXICO, AL 100%

CUESTIONARIO MÉDICO (FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS)

Estatura (en centímetros):	Peso (en kilogramos):	Fumador: Si () No ()	
Padece o ha padecido, se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento de:		Solicitante	
1	Problemas de corazón; infarto al miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, embolia, trombosis.	SI ()	NO ()
2	Cáncer; cualquier clase de tumor.	SI ()	NO ()
3	Diabetes, hepatitis crónica, cirrosis, Pancreatitis, enfisema Pulmonar.	SI ()	NO ()
4	Parálisis, epilepsia.	SI ()	NO ()
5	SIDA o VIH positivo	SI ()	NO ()

En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta: _____

¹ Aplican únicamente las coberturas que se especifiquen en la carátula del certificado.

**DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)
CONSENTIMIENTO DE SER ASEGURADO**

Otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la Póliza de Seguro de Grupo de Vida Deudores que el Contratante ha solicitado a Zurich Santander Seguros México, S.A. de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza. Expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico. Así mismo autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a Zurich Santander Seguros México, S.A. todos los informes que se refieren a mi salud, para lo cual desde luego exculpo a dichos médicos en relación con el Secreto Profesional y los libero de toda responsabilidad al respecto.

AVISO DE PRIVACIDAD

Zurich Santander Seguros México, S.A., señalando como domicilio convencional para los efectos relacionados con el presente aviso el ubicado en Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 1, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos personales serán protegidos de acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares así como por nuestra política de privacidad y que el tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, enunciando sin limitar, de dar cumplimiento a las obligaciones contractuales pactadas entre las partes, la realización de actividades propias, relacionadas y derivadas de nuestro objeto social. Usted podrá consultar nuestro aviso de privacidad completo en la página www.zurichsantander.com.mx

UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCION DE USUARIOS (UNE)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 1 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México,
Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597 y 13599
Horario de Atención a Clientes: Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 hrs. y Viernes de 8:30 a 13:00 hrs.

CONSENTIMIENTO MANEJO DE DATOS

Autorizo a Zurich Santander Seguros México, S.A. para tratar y en su caso, transferir mis datos personales incluidos los patrimoniales o financieros y los sensibles, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los previstos en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y entiendo por haber sido previamente puesto a mi disposición. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Zurich Santander Seguros México, S.A., y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que el riesgo propuesto en la presente solicitud se concrete en un contrato de seguro, autorizo que la documentación contractual me sea entregada a la cuenta de correo:

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.

APIZACO, TLAXCALA 04/03/2026
Lugar y Fecha

SILVIA DIAZ YAÑEZ
Nombre y Firma del Solicitante

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 21 de febrero del 2025, con el número CNSF-S0018-0373-2024/ CONDUSEF-006612-02.

Zurich Santander Seguros México, S.A., Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 1 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía.
Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Tel. 55 51 69 43 00 en la Ciudad de México e interior del país.