

CUESTIONARIO FINANCIERO



NOMBRE DE LA PERSONA POR ASEGURAR (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))

1. INFORMACION FINANCIERA

1.1. Representación de capital:

ACTIVO	\$	PASIVO	\$
efectivo en bancos		Documentos por pagar	
Acciones, Bonos y Valores		Cuentas por pagar	
Cuentas por cobrar		Impuestos pendientes de pago	
Bienes Raíces		Obligaciones hipotecaria	
Automóvil, Mobiliario, etc.		Otros pasivos (Especifique)	
Otros activos (Especifique)			
		PASIVO TOTAL	
ACTIVO TOTAL		CAPITAL (ACTIVO-PASIVO)	
		TOTAL DE PASIVO+CAPITAL=ACTIVO TOTAL	

1.2. Motivo del seguro

Previsión Familiar _____ Cobertura de préstamo _____ Complemento de Jubilación _____ Ahorro _____ Otros _____

Indicar: _____

Seguros en vigor: Suma asegurada _____ Compañía _____

¿Existen demandas o juicios promovidos en su contra? SI _____ NO _____

En caso afirmativo indicar:

Causa del juicio o demanda _____

Status del juicio _____

CUESTIONARIO FINANCIERO



2. INGRESOS ANUALES

Informe a cuánto asciende sus ingresos por los siguientes conceptos:

Ingresos Anuales	En el presente año \$	En el año anterior \$
Sueldo		
Honorarios		
Reparto de utilidades		
Bonos de compensación adicionales		
Dividendos e intereses		
Renta de inmuebles		
Otros ingresos		
Total de ingresos anuales		

3. REFERENCIAS COMERCIALES (PRINCIPALES CUENTAS BANCARIAS)

BANCO	SUCURSAL	DIRECCION

Por este conducto declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en el presente cuestionario son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo propuesto a esta institución aseguradora, y por lo tanto servirán de base para establecer los términos y condiciones sobre los cuales, en su caso, se pactará el contrato de seguro, constituyendo solo una solicitud de seguro no representando garantía alguna de que la misma será aceptada en los términos expresamente solicitados.

Estoy informado que las omisiones e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo propuesto, conforme al presente cuestionario, pueden dar lugar a la rescisión del contrato de seguro que llegare a celebrarse, resultando en consecuencia la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer en todos sus términos. Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., para tratar y transferir mis Datos Personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la de los titulares de los Datos Personales que figuran en la Solicitud de Seguro, de conformidad con los términos de este consentimiento y el aviso de privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Lugar y Fecha

Firma de la Persona por Asegurar