

CUESTIONARIO HOMBRE CLAVE E INTERSOCIOS



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

I.-DATOS RELATIVOS A LA EMPRESA

1. Fecha de constitución: _____ Forma jurídica: _____

2. Razón social: _____

3. Dirección de la empresa: _____

4. Propio SI NO

5. Giro o actividades de la misma: _____

6. Número de empleados: _____ Número de directivos: _____

7. Informe los datos del Registro Público de Comercio en los que se encuentra registrada la empresa y en qué ciudad _____

8. ¿Tiene usted otras pólizas de "Hombre Clave" a favor de la empresa que figura como beneficiaria de esta solicitud? _____

9. A cuánto asciende el monto total de la suma asegurada solicitada y en vigor con esta y otras compañías? _____

10. ¿Existen otros contratos Hombre-Clave en esta empresa? SI _____ NO _____

11. En caso afirmativo, ¿Cuántas personas?: _____ ¿Cuáles son sus puestos? _____

12. Le ha sido otorgado algún crédito bancario o comercial a la empresa SI _____ NO _____ En caso afirmativo indicar de que tipo, con que instituciones o casa comerciales ha operado, cual ha sido el monto y plazo de estos durante el transcurso del año pasado y en la actualidad.

13. ¿Existen demanda o juicio promovidos en contra de la empresa? _____ En caso afirmativo indicar:

A) Naturaleza del juicio: _____

B) Causa del juicio o demanda : _____

II.- INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA POR ASEGURAR (HOMBRE-CLAVE/INTERSOCIO)

CUESTIONARIO HOMBRE CLAVE E INTERSOCIOS



1. Fecha de ingreso a la empresa: _____
2. Profesión: _____
3. Cargo: _____ ¿Desde cuándo? _____
4. Ingresos anuales: _____ Moneda: _____
5. ¿En caso de faltar usted, habría otra persona en la empresa que la sustituyera obteniendo los mismos resultados? SI _____ NO _____
6. ¿En cuánto tiempo considera usted, se podría capacitar a una persona para sustituirlo y obtener los mismos resultados?

7. Tiene contrato de trabajo por tiempo determinado? SI _____ NO _____
8. En caso afirmativo, indique la fecha de vencimiento: _____
9. Indicar si es socio, accionista SI _____ NO _____. En caso afirmativo, indicar porcentaje _____%
10. ¿Qué características y aptitudes especiales tiene usted como empleado clave, en cuyo fallecimiento, causaría a la empresa una pérdida financiera de la magnitud de la suma asegurada? _____

11. Indicar número(s) de folio o póliza del resto de los socios (En caso de ser intersocio) _____

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