

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa  
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Seleccione el seguro a contratar:  Accidentes Escolares  Accidentes Personales Colectivo

**IMPORTANTE leer antes de llenar este consentimiento:** Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 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 omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

**"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."**

**1. Datos del Contratante**

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa hace constar que ha recibido un consentimiento para asegurar en la póliza del Seguro Colectivo de Accidentes No.

Denominación o Razón Social

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

**2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)**

RFC con homoclave de NIF

País que asignó el NIF

FIEL

Clave de régimen fiscal

Régimen fiscal

Clave de uso del CFDI

Uso del CFDI

**3. Características del seguro solicitado**

Categoría

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Muerte accidental (disponible como Básica de 12 a 64 años de edad)	\$ <input type="text"/>	No aplica
Pérdida de miembros por Accidente (disponible como Básica de 3 a 11 años de edad y como Adicional de 12 a 64 años de edad)	Escala: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> \$ <input type="text"/>	No aplica
Reembolso de gastos médicos por Accidente (disponible como Adicional de 3 a 64 años de edad)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> UMAM <sup>1</sup>
Gastos funerarios por Accidente (disponible como Adicional de 12 a 64 años de edad)	\$ <input type="text"/>	No aplica
Cobertura internacional (disponible como Adicional de 3 a 64 años de edad)	Cubierto	UMAM <sup>2</sup>

Vigencia solicitada

/  /

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la Colectividad<sup>1</sup>  %

<sup>1</sup> Aplica únicamente para Accidentes Personales Colectivo

<sup>2</sup>Aplica el mismo deducible en caso de contratar la cobertura de Reembolso de gastos médicos por Accidente

#### 4. Datos generales de los solicitantes

##### 4.1 Solicitante mayor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento

Sexo:  Masculino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Femenino

##### 4.2 Solicitante menor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Relación o parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo:  Masculino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Femenino

##### 4.3 Domicilio

Calle

Núm. exterior

Edificio

Num. interior

C.P.

Entre calle

y calle

Ciudad o población

Entidad Federativa

País

#### 5. Cuestionario médico

Sólo debe llenarse este cuestionario cuando:

- 1) Se requiriere el consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad.
- 2) La Suma Asegurada solicitada sea mayor a la de la generalidad de la colectividad asegurada.

¿El solicitante ha sufrido algún accidente?:  Si  No

En caso de haber respondido de forma afirmativa, sírvase proporcionar mayor información.

Descripción

##### 5.1 Accidentes Escolares

Descripción de la colectividad asegurable

#### 6. Declaraciones del solicitante

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que llegue a proporcionar en relación con el seguro que se solicita mediante la presente, son y serán verídicos y auténticos, por lo que autorizo a que ellos sean corroborados.

Declaro que el origen y procedencia de los recursos con que por cuenta propia habré de operar u opero o con los que habré de operar u opera mi representada respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad o de la de mi representada y proceden de actividades lícitas.

Manifiesto que terceros no utilizarán recursos provenientes de actividades ilícitas para operar en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero o donde actúa y opera mi representada y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia y por cuenta de mi representada, cualquier responsabilidad que se genere por actuar ante esa institución en contravención a lo dispuesto en este documento y/o en el seguro que se emita en relación con esta solicitud.

Declaro que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo su contenido, otorgo mi consentimiento para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se establece en dicho aviso.

Asimismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros solicitantes, me obligo a hacer del conocimiento de esos solicitantes que he proporcionado tales datos a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me (nos) haya(n) atendido o que me (nos) atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi estado de salud.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, extenderá Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre y firma del Solicitante	Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (solo en caso de menores)	Nombre y firma del Contratante
--------------------------------	---	--------------------------------

**6.1 Consentimiento para proporcionar información**

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. De igual forma autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para proporcionar la información contenida en esta solicitud y/u otros documentos que deriven de la operación del producto contratado, a cualquier empresa que forme parte del Consorcio al que ésta pertenece (conforme el término consorcio se define en la Ley del Mercado de Valores), para efectos de ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nombre y firma del solicitante	Nombre y firma del padre, tutor o representante legal
--------------------------------	---

**7. Dictamen selección médica**

Para uso exclusivo de selección médica

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Nombre y firma (sello)

**Categoría:** Se refiere a un grupo de Asegurados respecto del cual se estén contratando diferentes características del seguro, como son coberturas o sumas aseguradas, asignándoles una categoría distinta, para distinguirlos del resto de la Colectividad Asegurada. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías.

**CFDI:** Comprobante Fiscal Digital por Internet  
**FIEL:** Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada  
**NIF:** Número de Identificación Fiscal o equivalente

**UMAM:** Unidad de Medida y Actualización Mensual, equivalente a 30.4 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA). Para conocer el valor diario de la UMA consulte la página <http://www.inegi.org.mx>

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com) o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y en [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**Ejemplar informativo**

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 enero de 2026 con el número CNSF-S0022-0003-2026.

**Prohibido su uso**