



#### 4. Datos de los solicitantes

##### 4.1 Solicitante mayor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Sexo:  Masculino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Femenino

##### 4.2 Solicitante menor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Sexo:  Masculino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Relación o parentesco

Femenino

#### 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?  Sí

No

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

Descripción

Estado actual

##### 5.1 Seguro Escolar

Descripción de la colectividad asegurable

Personal que solicita asegurar:

Alumnos

Opcional profesores

Opcional personal administrativo

Nivel de escolaridad:

Preescolar

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

##### 5.2 Seguro colectivo contra Accidentes Personales

¿Cuál es su ocupación o empleo (sírvase precisar en qué consiste)?

#### 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

