



Primer apellido

[Grid for first last name]

Segundo apellido

[Grid for second last name]

Fecha de nacimiento

[Grid for birth date: dd/mm/aaaa]

Sexo:  Masculino

Femenino

Peso (kg)

[Grid for weight]

Estatura (cm)

[Grid for height]

**4.2 Solicitante menor de edad**

Primer nombre

[Grid for first name]

Segundo nombre

[Grid for second name]

Primer apellido

[Grid for first last name]

Segundo apellido

[Grid for second last name]

Relación o parentesco

[Grid for relationship]

Fecha de nacimiento

[Grid for birth date: dd/mm/aaaa]

Sexo:  Masculino

Femenino

Peso (kg)

[Grid for weight]

Estatura (cm)

[Grid for height]

**4.3 Domicilio**

Calle

[Grid for street name]

Núm. exterior

[Grid for exterior number]

Edificio

[Grid for building name]

Núm. interior

[Grid for interior number]

C.P.

[Grid for postal code]

Entre calle

[Grid for between streets]

y calle

Ciudad o población

[Grid for city]

Entidad federativa

[Grid for state]

País

[Grid for country]

**5. Cuestionario médico**

Sólo debe llenarse este cuestionario cuando:

- 1) Se requiriese 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

[Grid for description]

Estado actual

[Grid for current state]

**5.1 Accidentes Escolares**

Descripción de la colectividad asegurable

[Grid for school description]

Personal que se solicita asegurar:

Alumnos

Opcional profesores

Opcional personal administrativo

Nivel de escolaridad:

Preescolar

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

**5.2 Accidentes Personales Colectivos**

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

[Grid for occupation]

**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 al 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.

