

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

Emisor

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. 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 generales del solicitante (Contratante)

Cliente Inbursa	Identificador comercial ¹
Denominación o razón social	
Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido

¹A ser llenado por el asesor

1.1 Generales

Fecha de nacimiento / constitución (dd/mm/aaaa)	Entidad federativa de nacimiento / constitución	País de nacimiento / constitución
Sexo	Estado civil	Nacionalidad
☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Casado ☐ Soltero	
En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:		☐ Residente permanente ☐ Residente temporal ☐ Visitante ☐ Otra
Tipo de identificación	Número de identificación	CURP
Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social	Folio mercantil	

1.2 Domicilio y contacto

Calle	Núm. exterior	Edificio	Núm. interior
Entre calle	y calle	C.P.	Colonia
Alcaldía o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	País
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: ☐ Personal ☐ Trabajo

1.3 Información adicional

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? ☐ Si ☐ No

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos

--	--

Cargo

Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)

--	--

2. Datos fiscales del contratante

RFC con homoclave o NIF

País que asignó el NIF

FIEL

--	--	--

Clave del régimen fiscal

Régimen fiscal

--	--

Clave de uso del CFDI

Uso del CFDI

--	--

3. Información del seguro a contratar

Vigencia solicitada

Desde las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa) hasta las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)

Póliza anterior

Número

Fecha de vencimiento (dd/mm/aaaa)

--	--

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en www.inbursa.com

CARACTERÍSTICAS (PARTICULARES Y/O ESPECIALES) DE LA COLECTIVIDAD:

Conjunto de Asegurados Titulares de una cuenta bancaria, que mantienen un vínculo directo con el Contratante previo e independiente a la celebración de este contrato de seguro.

DESCRIPCIÓN DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE:

Número, edad y sexo de las personas asegurables bajo este contrato de seguro: No aplica porque son elementos que no influyen en la tarificación del producto.

DECLARATORIA PARA LA APRECIACIÓN DE CÚMULOS DE PÉRDIDA:

En este producto no existen circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. Los productos que se pueden contratar bajo esta solicitud contienen exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en www.inbursa.com

3.1 Coberturas

Sección	Coberturas	Suma asegurada por Asegurado Titular	
I	Daños	SPM < \$50,000.00	SPM > \$50,000.00
	Gastos Funerarios	\$ 2,000.00	\$ 3,500.00
	Daños a Terceros	\$ 10,000.00	\$ 25,000.00
	Eutanasia	\$ 1,000.00	\$ 3,000.00
	Indemnización por Accidentes	\$ 5,000.00	\$ 12,500.00
	Indemnización por Enfermedad	\$ 10,000.00	\$ 25,000.00
II	Accidentes Personales		
	Reembolso de Gastos Médicos a la Familia	\$ 10,000.00	\$ 25,000.00

4. Forma de pago

Periodo de pago: ☐ Mensual

Moneda: ☐ Nacional

5. Forma de obtener esta póliza

Envío: ☐ Correo electrónico ☐ Domicilio

Correo electrónico:

6. Declaraciones del solicitante / contratante

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 habrá 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 Titulares, me obligo a hacer del conocimiento de esos Titulares 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. 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 (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante



¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

6.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) 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 contratante

6.2 Consulta de historial crediticio

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, consultar mi historial crediticio ante cualquier sociedad de información crediticia, teniendo pleno conocimiento de la naturaleza y alcance de la información que la sociedad proporcionará a dicha institución y del uso que hará de tal información.

Asimismo, autorizo a que dichas consultas las pueda realizar de manera periódica con posterioridad de hasta 3 años contados a partir de la fecha del presente documento o durante la vigencia de mi relación jurídica con esta institución.

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante

F-2367 - AGOSTO 2023

7. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a esa institución inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del solicitante (contratante).

Manifiesto que he informado al solicitante de manera amplia y detallada, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada, las principales características del producto, su vigencia, las consecuencias de su rehabilitación, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, así como el tipo de autorización, el número y la vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros, aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre y firma del asesor

8. Comisiones

Comisión cedida %

Asesor 1

Clave

Participación %

Nombre y firma

Comisión cedida %

Asesor 2

Clave

Participación %

Nombre y firma

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet.

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente.

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 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

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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de Octubre de 2022 con el número PPAQ-S0022-0041-2022 /CONDUSEF-005517-01.