

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

1. Datos del Contratante y características del plan**Número de póliza****Número de empleado** **Vigencia de la póliza** a las 12:00 hrs del **Grupo asegurado****Denominación o razón social del Contratante****Suma Asegurada o regla para determinarla****2. Datos personales del solicitante****Primer nombre****Segundo nombre****Apellido paterno****Apellido materno****Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)****Género****Fecha de ingreso al grupo****Categoría****Sueldo mensual M.N.****2.1 Domicilio****Calle****Núm. exterior****Edificio****Núm. interior****Entre calle****y calle****C.P.****Colonia****Alcaldía o municipio****Ciudad o población****Entidad federativa****País****3. Cuestionario médico**

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8° 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 inexactitud en la declaración de algún hecho podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Es necesario que conteste en forma completa el siguiente cuestionario; en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias.

Peso (kg)**Estatura (cm)****Si No**

1. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente vascular cerebral (trombosis, embolia o hemorragia), infarto al miocardio o insuficiencia coronaria, insuficiencia renal, cáncer o tumor, SIDA, trasplantes de órganos vitales (corazón, hígado, riñones, pulmones, páncreas o médula ósea), parálisis o paraplejia, corazón, circulación o presión arterial alta, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda), diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales?

2. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?
3. ¿Ha recibido algún diagnóstico o tratamiento con motivo de un estado de invalidez?
4. ¿Participa en paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea?

3.1 Ampliaciones

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas del cuestionario anterior, indique el número de pregunta y proporcione información amplia al respecto (fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios).

Número de pregunta	Fecha	Información

4. Designación de beneficiarios

ADVERTENCIA: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

El contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.

4.1 Beneficiario 1

		Porcentaje %
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		

Firma de Beneficiario irrevocable

4.2 Beneficiario 2

		Porcentaje %
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		

Firma de Beneficiario irrevocable

4.3 Beneficiario 3

		Porcentaje %
Primer nombre	Segundo nombre	

Apellido paterno

Apellido materno

Relación o parentesco

Firma de Beneficiario irrevocable

4.4 Beneficiario 4

Porcentaje %

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Relación o parentesco

Firma de Beneficiario irrevocable

5. Declaraciones del solicitante

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me haya atendido o que me 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 mis (nuestras) enfermedades y/o accidentes anteriores y/o actuales.

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 conforme lo establecido 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 hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

Lugar

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del solicitante

5.1 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

El presente consentimiento individual debe ser entregado a la Aseguradora para la expedición del certificado individual correspondiente, el cual a partir de su emisión deja sin efectos cualquier consentimiento individual emitido con anterioridad.

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 registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de enero de 2021 con el número CNSF-S0022-0623-2020 y a partir del 8 de abril de 2021 con el número CNSF-S0022-0052-2021; / CONDUSEF-005552-02 y 005604-01.

Ejemplar informativo

Prohibido su uso