

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

Emisor:

**Seleccione el producto a contratar:**

Educa     
  Educa Prima Única     
  Multivida Total Inbursa     
  Retiro Activo Inbursa     
  Vanguardia  
 Retiro Activo PPR     
  Valor Inbursa Plus (sólo dólares)     
  Otro     
 ¿Cuál?

**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**

¿El contratante es distinto al solicitante?  Sí  No      En caso afirmativo llenar el Anexo Contratante

Cliente Inbursa:      Identificador comercial:

      

Primer nombre:      Segundo nombre:

      

Apellido paterno:      Apellido materno:

      

<sup>1</sup>A ser llenado por el asesor

**1.1 Generales**

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):      Entidad federativa de nacimiento:      País de nacimiento:

            

Género:      Estado civil:      Nacionalidad:

Femenino       Casado        
 Masculino       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 o giro del negocio:

**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 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?  Sí  No

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos:

--	--

Cargo:

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

--	--

### 1.4 Datos del empleo actual

Nombre de la empresa o entidad donde trabaja:

--

Puesto:

Antigüedad:

Ingresos mensuales:

Teléfono:

Extensión:

--	--	--	--	--

Describa en que consisten sus actividades:

--

### 1.5 Cuestionario FATCA - CRS

1. ¿Usted cuenta con nacionalidad estadounidense?  Sí  No

2. Liste la(s) nacionalidad(es) con que cuenta:

--

3. Indique su(s) ciudadanía(s), en su caso:

--

4. ¿Cuenta con número de identificación fiscal en EE.UU. (TIN)?  Sí  No

Tipo de TIN:  SSN  ITIN  ATIN TIN:  -  -

5. ¿Cuenta con número de identificación fiscal (NIF) asignado por jurisdicción distinta a EE.UU.?  Sí  No

En caso afirmativo indicar:

	NIF	TIPO	País que lo asignó	Domicilio fiscal
1				
2				
3				
4				
5				

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos plasmados en el presente documento son ciertos; así mismo, manifiesto que **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa (Seguros)** hace de mi conocimiento que los datos contenidos en el presente formato tienen la intención de dar cumplimiento a las obligaciones a las que **Seguros** está sujeta, derivado de los acuerdos contraídos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con las autoridades extranjeras, así como los acuerdos internacionales de intercambio de información a que los Estados Unidos Mexicanos está sujeto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**ATIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente para Adopción

**CRS:** Common Reporting Standard (Norma Común de Informes)

**FATCA:** Foreign Account Tax Compliance Act

**ITIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente

**NIF:** Número de Identificación Fiscal

**SSN:** Número de Seguridad Social Estadounidense

### 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

**IMPORTANTE: 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](http://www.inbursa.com)

**Moneda:**  Dólares  Moneda nacional ajustable  Moneda nacional creciente\*  Moneda nacional nivelado\* \* Sólo aplica para Multivida Total Inbursa, no dotales

#### Información del plan

##### Educa

Edad alcanzada del Asegurado Menor (años):

 22  18  15

 Preeduca

Suma Asegurada:

Plazo de pago de primas:

 Edad alcanzada  5 años  10 años

Fallecimiento Asegurado Titular:

Relación con el Asegurado Menor:

 Padre  Tutor  Otro

Supervivencia del Asegurado Menor:

##### Educa Prima Única

Edad alcanzada del Asegurado Menor (años):  22  18Relación con el Asegurado Menor:  Abuelo  Tutor  Otro

Suma Asegurada:

Fallecimiento y supervivencia:

#### Retiro Activo Inbursa y Retiro Activo PPR

Opción:

Plazo del seguro:

Plazo de pago de primas:

Suma Asegurada:

Deducible de impuestos: (Artículo)  Años
 Años

Fallecimiento:

185 LISR<sup>1</sup>  No  Sí
 Edad de retiro

 Edad de retiro

Beneficio por supervivencia:

151 LISR<sup>2</sup>  No  Sí
 Rentas vitalicias<sup>1</sup>
 Rentas mensuales<sup>1</sup>  Pago único

1 Aplicar a Retiro Activo Inbursa

2 Aplicar a Retiro Activo PPR

#### Valor Inbursa Plus (sólo dólares)

Opción:

Plazo del seguro:

Plazo de pago de primas:

¿Interés garantizado?

 10 años  20 años

Igual al plazo del seguro

Prima a pagar (usd):

 Sin  Con

 15 años  Otro
Exención de pago de primas (BIT):  Sí  No

#### Vanguardia

Plazo del seguro:

Plazo de pago de primas:

Suma Asegurada:

 años (mínimo 10 años)

Igual al plazo del seguro

Beneficio por Fallecimiento:

#### Multivida Total Inbursa

Opción:

Plazo del seguro:

Plazo de pago de primas:

Suma Asegurada:

Plan 1  Temporal
 Años

 Años

Fallecimiento:

 Vida

 Dotal

 Edad alcanzada

 Edad alcanzada

% de incremento\*:

Plan 2  Temporal
 Años

 Años

Fallecimiento:

 Vida

 Dotal

 Edad alcanzada

 Edad alcanzada

% de incremento\*:

Plan 3  Temporal
 Años

 Años

Fallecimiento:

 Vida

 Dotal

 Edad alcanzada

 Edad alcanzada

% de incremento\*:

Plan 4  Temporal
 Años

 Años

Fallecimiento:

 Vida

 Dotal

 Edad alcanzada

 Edad alcanzada

% de incremento\*:

\* Si el tipo de seguro es creciente

#### Otro Producto

Nombre del producto:

Plazo del seguro:

Plazo de pago de primas:

Suma Asegurada:

		años		años	
--	--	------	--	------	--

### 3.1 Solo para Educa y Educa Prima Única

#### Datos del Asegurado Menor

**Primer nombre:**

**Segundo nombre:**

--	--

**Apellido paterno:**

**Apellido materno:**

--	--

**Fecha de nacimiento:**

**Género:**  Femenino

--

Masculino

### 3.2 Coberturas Adicionales (No aplica en Valor Inbursa y Educa Prima Única)

	Descripción	Suma Asegurada
DI <sup>1</sup>	Pago de la suma asegurada por muerte accidental	SA3: SA4:
DIC <sup>1</sup>	Pago de la suma asegurada por muerte accidental colectiva	SA1: SA2: SA3: SA4:
DIPM <sup>1</sup>	Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros	SA1: SA2: SA3: SA4:
DIPMC <sup>1</sup>	Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros colectiva	SA1: SA2: SA3: SA4:
BIT	Exención de pago de primas por invalidez total y permanente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
BITP	Pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente y/o enfermedad	SA1: SA2: SA3: SA4:
BITPA <sup>1,2</sup>	Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente	SA1: SA2: SA3: SA4:
IVD	Pago de la suma asegurada por invalidez de vida diaria	
SEVI MAX	Beneficio adicional de enfermedades graves familiar	
BAC	Beneficio adicional conyugal - Si se contrata este beneficio se debe adjuntar el ANEXO BAC	
GF <sup>1,2</sup>	Gastos funerarios familiar	
GFM <sup>2,3</sup>	Gastos funerarios menor	
RMF <sup>3</sup>	Renta mensual por fallecimiento	
BEC <sup>3</sup>	Beneficio extensión de cobertura	<input type="checkbox"/> Ordinario de Vida <input type="checkbox"/> Pagos Limitados
Ahorro <sup>4</sup>	(no aplica en plan ajustable)	<input type="checkbox"/> Plazo del seguro <input type="checkbox"/> Plazo de primas

1 No aplica para Educa 2 No aplica para Retiro Activo Inbursa y Retiro Activo PPR 3 No aplica para Multivida Total Inbursa y Vanguardia 4 Sólo Multivida Total Inbursa

### 3.3 Sólo para Retiro Activo Inbursa

**Beneficios adicionales para Retiro Activo después de la fecha de retiro** (en caso de haber seleccionado el Beneficio Básico de Rentas Vitalicias o la opción de Pago en Rentas Mensuales del Beneficio Básico por Supervivencia).

	Descripción	Suma Asegurada o Renta
GF	Gastos Funerarios	veces la renta

PC	Pensión Contingente	% de la renta
PG	Periodo de Garantía	años

**Datos de cónyuge (en caso de haber seleccionado el beneficio adicional RMF o PC)**

**Primer nombre:**  **Segundo nombre:**

**Apellido paterno:**  **Apellido materno:**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):**  **Género:**  Femenino  Masculino **Fuma:**  Si  No

**3.4 Cuestionario**

Peso (kg):  Estatura (cm):

Es necesario que conteste completamente el siguiente cuestionario, en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias. sí no

1. En los últimos cinco años. ¿Ha consultado a algún médico, ha estado sujeto a algún tratamiento médico, ha estado internado en un hospital o sanatorio o padece alguna incapacidad?
2. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?
3. ¿Alguno de sus abuelos, padres, tíos, hermanos, padecen o han padecido de: Diabetes, cáncer, infarto al miocardio y/o epilepsia?
4. ¿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, 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, diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales, alcoholismo o drogadicción?
5. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones (Osteoporosis, artritis reumatoide, lesiones de los meniscos, deformidades de la columna vertebral y del tórax, lupus, amputaciones, reemplazo articular?
6. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?
7. ¿Se le ha practicado alguna prueba de sangre para detectar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con éste?  
¿Cuál fue el resultado y en que fecha se realizó (dd/mm/aaaa)?
8. ¿Practica algún deporte, maneja motocicleta o acostumbra viajar en avión de servicio particular?
9. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, acostumbra fumar o ha usado algún tipo de droga o estupefaciente?
10. ¿Utiliza armas de fuego, maquinaria pesada o de alto riesgo, material peligroso u otros?
11. ¿Realiza Usted alguna actividad relacionada con la producción, distribución o compra-venta de enervantes o estupefacientes?
12. ¿Tiene antecedentes penales?
13. ¿Fuma?

**Preguntas sólo para mujeres**

14. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o cirugía en útero, ovarios, vagina o glándulas mamarias?
15. ¿Está embarazada, se le han practicado cesáreas o ha tenido alguna complicación en algún embarazo?
16. ¿Le han realizado histerectomía?

**3.5 Ampliaciones**

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas de los cuestionarios anteriores, 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 (dd/mm/aaaa)	Información

F-2197-7 MARZO 2024


**3.6 Datos de los dependientes - sólo en caso de haber seleccionado el beneficio adicional GF**

<b>1 Nombre(s):</b>	<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Parentesco con el solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Firma</b>
<b>2 Nombre(s):</b>	<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Parentesco con el solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Firma</b>
<b>3 Nombre(s):</b>	<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Parentesco con el solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Firma</b>
<b>4 Nombre(s):</b>	<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Parentesco con el solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Firma</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, tutor o representante legal**  
**(solo en caso de menores)**

**3.7 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.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

**3.7.1 Beneficiario 1**

**Beneficiario irrevocable**  **Beneficiario revocable** **Porcentaje:**

**Primer nombre:**  **Segundo nombre:**

**Apellido paterno:**  **Apellido materno:**

**Fecha de nacimiento:**  **Relación o parentesco:**  **Género:**  Femenino  Masculino

**Calle:**  **Núm. exterior:**  **Edificio:**  **Núm. interior:**

**C.P.:**  **Colonia:**  **Alcaldía o municipio:**

<b>Ciudad o población:</b>	<b>Entidad federativa:</b>	<b>País:</b>

Firma de Beneficiario irrevocable

3.7.2 Beneficiario 2

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje:	
<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>		
<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Relación o parentesco:</b>	<b>Género:</b>	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Calle:</b>	<b>Núm. exterior:</b>	<b>Edificio:</b>	<b>Núm. interior:</b>
<b>C.P.:</b>	<b>Colonia:</b>	<b>Alcaldía o municipio:</b>	
<b>Ciudad o población:</b>	<b>Entidad federativa:</b>	<b>País:</b>	

Firma de Beneficiario irrevocable

3.7.3 Beneficiario 3

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje:	
<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>		
<b>Apellido paterno:</b>	<b>Apellido materno:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Relación o parentesco:</b>	<b>Género:</b>	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Calle:</b>	<b>Núm. exterior:</b>	<b>Edificio:</b>	<b>Núm. interior:</b>
<b>C.P.:</b>	<b>Colonia:</b>	<b>Alcaldía o municipio:</b>	
<b>Ciudad o población:</b>	<b>Entidad federativa:</b>	<b>País:</b>	

Firma de Beneficiario irrevocable

#### 4. Otros seguros

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en esta u otra(s) compañía(s), distinto(s) a el(los) que sin costo para usted le hubiere otorgado su empleador o sea(n) accesorio(s) a la adquisición de un producto o servicio tales como tarjetas de crédito o débito? Si la suma asegurada por tales seguros, vigente a la fecha, no excede en conjunto un millón de pesos puede omitir la respuesta.  Sí  No

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Año de emisión	Estado actual

¿Ha sido rechazado, extraprimado o le han aplicado algún endoso de exclusión en alguna solicitud de seguro de vida o gastos médicos?  Sí  No

En caso afirmativo, detallar

--

#### 5. Referencias personales

Nombre completo	Domicilio y población	Teléfono

#### 6. Forma de pago

**Cobro bancario:**  Sí  No

**Periodo de pago:**  Mensual<sup>1</sup>  Trimestral<sup>1</sup>  Semestral  Anual  Único<sup>2</sup>

1 No aplica en Valor Inbursa

2 Educa Prima Única es un solo pago para toda la vigencia del seguro

#### 6.1 Llenar en caso de que su pago sea con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito

<b>Institución:</b>	<b>Razón social o nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente:</b>		
<b>Número de cuenta CLABIF (18 dígitos):</b>	<b>No. de tarjeta:</b>	<b>Vencimiento (mm/aa):</b>	<input type="checkbox"/> Débito
			<input type="checkbox"/> Crédito

Por medio de la presente autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa para que efectúe los cargos necesarios generados por el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) de la póliza que se emita de acuerdo a su plan de pago, para que sea(n) abonada(s) en la cuenta que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, indique.

El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago mientras Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa emite el recibo correspondiente.

El cargo correspondiente al seguro contratado se podrá realizar desde el inicio de vigencia de la póliza hasta la fecha límite de pago, de acuerdo al plan de pago contratado; por lo que es mi obligación contar, durante ese período, con los fondos suficientes para llevar a cabo el cargo.

En caso de que por cualquier causa la tarjeta de crédito o la cuenta bancaria de depósito no cuente con saldo suficiente o se encuentre cancelada, de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta bancaria de depósito o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) deje(n) de estar en vigor, Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa dejará de realizar el cargo, en cuyo caso me obligo a cubrir directamente en las oficinas de Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa el (los) importe(s) de la(s) prima(s) correspondiente(s).

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, mediante el escrito dirigido a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, con por lo menos 30 días de anticipación a la fecha en que se pretenda surta efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de cancelación de mi cuenta bancaria de depósito me obligo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) directamente en las oficinas de Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, hasta en tanto la institución correspondiente me entregue la reposición de la citada tarjeta de crédito o la nueva cuenta bancaria de depósito, obligándome a solicitar nuevamente a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, el servicio de cargo automático una vez que el banco me entregue la referida reposición.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas no imputables a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, no se puede realizar el cargo.

**Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente**

**6.2 Otras formas de pago**

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo al período de pago elegido en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com) en el apartado "Pago de Pólizas de Seguros".

**Le recomendamos efectuar su pago dentro del término máximo indicado en el Aviso de Cobro, de lo contrario la póliza cesará sus efectos, sin responsabilidad alguna para la Compañía.**

**7. Entrega de la documentación contractual**

Para el caso de que la presente solicitud sea aceptada, deseo recibir la documentación contractual del seguro por escrito, según elijo a continuación:

- 1) Vía física:**  En el domicilio del solicitante (señalado en el numeral 1.2)  
 En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa \_\_\_\_\_  
 En el domicilio del contratante (señalado en el anexo contratante)
- 2) Vía correo electrónico:**  
 Del solicitante (señalado en el numeral 1.2)  
 Del contratante (señalado en el anexo contratante)

**8. 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 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 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.

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 (nuestras) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

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):**

--	--

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, tutor o representante legal (solo en caso de menores)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del asegurado menor (sólo en caso de que sea mayor a 12 años)**

## 9. Consentimiento del Solicitante para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

## 10. 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) y/o propietario.

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.

### Comentarios como resultado de la entrevista:

\_\_\_\_\_  
Espacio para comentarios como resultado de la entrevista.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor

## 11. Comisiones

Asesor 1

Clave: \_\_\_\_\_

Participación: \_\_\_\_\_ %

Nombre y firma

Asesor 2

Clave: \_\_\_\_\_

Participación: \_\_\_\_\_ %

Nombre y firma

Comisión para el agente:  Nivelada  Decreciente    Comisión cedida: \_\_\_\_\_ %    ¿Póliza con examen médico?  Si  No

**CFDI:** Comprobante Fiscal Digital por Internet

**FIEL:** Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

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 52380649 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](mailto: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 [asesor@condusef.gob.mx](mailto:asesor@condusef.gob.mx) y en [www.condusef.gob.mx](http://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 30 de mayo de 2003, con el número CNSF-S0022-0372-2003; a partir del día 1 de octubre de 2004, con el número CNSF-S0022-0462-2004; a partir del día 16 de enero de 2006, con el número CNSF-S0022-0617-2005; a partir del día 08 de febrero de 2006, con los números CNSF-S0022-0139-2006 y CNSF-S0022-0140-2006; a partir del día 5 de abril de 2006, con el número CNSF-S0022-0623-2005; a partir del día 26 de noviembre de 2009, con el número CNSF-S0022-0534-2009; a partir del día 20 de junio de 2014, con el número CNSF-S0022-0042-2014; a partir del 1 de abril de 2016, con el número CGEN-S0022-0034-2016; a partir del 11 de junio de 2019, con el número BADI-S0022-0031-2019; a partir del día 14 de agosto de 2020, con el número CNSF-S0022-0390-2020; a partir del día 2 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0022-0460-2020; a partir del día 20 de octubre de 2020, con los números CNSF-S0022-0357-2020 y CNSF-S0022-0356-2020; a

partir del día 22 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0022-0102-2020; a partir 1 de diciembre de 2022 con los números RESP-S0022-0021-2022, MODI-S0022-0027-2022, MODI-S0022-0028-2022, MODI-S0022-0029-2022, MODI-S0022-0030-2022, MODI-S0022-0031-2022, MODI-S0022-0032-2022, MODI-S0022-0033-2022 y MODI-S0022-0039-2022 y a partir del día 16 de diciembre de 2022 con los números CNSF-S0022-0504-2020, CNSF-S0022-0548-2020, CNSF-S0022-0549-2020 / CONDUSEF-G-00524-004.

Ejemplar informativo

Prohibido su uso