

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 del solicitante (Contratante)

Cliente Inbursa □□□□□□□□	Identificador comercial ¹ □□□□□□□□□□		
Primer nombre □□□□□□□□□□	Segundo nombre □□□□□□□□□□		
Primer apellido □□□□□□□□□□	Segundo apellido □□□□□□□□□□		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) □□□□□□□□	Entidad federativa de nacimiento □□□□□□□□	País de nacimiento □□□□□□□□	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Nacionalidad □□□□□□□□	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otra □□□□□□□□
Tipo de identificación □□□□□□□□□□	Número de identificación □□□□□□□□□□	CURP □□□□□□□□□□	

¹ A ser llenado por el agente

1.1. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

RFC con homoclave o NIF □□□□□□□□□□	País que asignó el NIF □□□□□□□□	FIEL □□□□□□□□
Clave del régimen fiscal □□□□□□□□	Régimen fiscal □□□□□□□□	
Clave del uso del CFDI □□□□□□□□	Uso del CFDI □□□□□□□□	

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 Ocupación o actividad económica (debe llenarse obligatoriamente)

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio:
□□□□□□□□□□

Detallar en que consiste su ocupación o empleo:
□□□□□□□□□□

Lugares donde se desempeña:

- Oficina Exterior
 Tienda Viajando

Tipo de Actividad:

- Labores manuales sin usar maquinaria Labores manuales usando maquinaria
 Supervisando labores

1.4 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)

2. Datos del Contratante (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona:

- Física
 Moral

Cliente Inbursa

Identificador comercial ¹

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento /
constitución (dd/mm/aaaa)Entidad Federativa de nacimiento /
constituciónPaís de nacimiento /
constitución

Sexo

Estado civil

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad
 extranjera, indique su calidad migratoria
 en términos de la Ley de Migración:

 Residente permanente Femenino Casado Residente temporal Masculino Soltero Visitante Otra

Tipo de identificación

Número de identificación

CURP

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

Folio mercantil

¹ A ser llenado por el agente**2.1 Domicilio y contacto del Contratante en México (si tiene residencia en México o mientras permanece en territorio nacional)**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**2.3 Información adicional del Contratante**

¿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? Sí No

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos

Cargo

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

3. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de identificación

Número de identificación

4. Información del seguro a contratar

IMPORTANTE: La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

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

4.1 Coberturas

Cobertura	Deducible	Suma Asegurada
Muerte accidental (disponible como básica desde los 12 años hasta los 64 años de edad)	No aplica	
Pérdida de miembros por Accidente (disponible como básica de los 3 años hasta los 11 años de edad y como adicional a partir de los 12 años y hasta los 64 años de edad) Escala <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	No aplica	
Reembolso de gastos médicos por Accidente (disponible como adicional desde los 3 años hasta los 64 años de edad)	1 UMAM	
Gastos funerarios por Accidente (disponible como adicional desde los 12 años hasta los 64 años de edad)	No aplica	
Indemnización diaria por Hospitalización (disponible como adicional desde los 3 años hasta los 64 años de edad)	No aplica	
Cobertura internacional (disponible como adicional desde los 3 años hasta los 64 años de edad)	1 UMAM ¹	

¹ Solo aplica en caso de contratar la cobertura de Reembolso de gastos médicos por Accidente

5. Cuestionario Médico

¿Tiene usted seguros contra accidentes o enfermedades en esta o en otras compañías? Sí No

Compañía

Suma Asegurada

Total de ingresos mensuales

Llene este cuadro con exactitud ya que servirá de base para el pago de indemnización de acuerdo con el clausulado de la póliza.

¿Ha reclamado anteriormente como beneficiario de alguna póliza de accidentes o enfermedades? Sí No

Compañía

Fecha (dd/mm/aaaa)

Cantidad recibida

¿Le han sido rechazadas, aplazadas, retiradas, modificadas, aumentadas las tarifas, canceladas o rehusadas la renovación de póliza sobre la vida o contra accidentes o enfermedades? Sí No

¿Tiene en perspectiva algún viaje o actividad peligrosa? Sí No

¿Maneja motocicleta o vehículos similares? Sí No

¿Con qué frecuencia?

¿Qué deportes practica?

Estatura (cm):

Peso (kg):

¿Adolece de mutilaciones o deformaciones físicas? Sí No

¿Tiene algún defecto visual o auditivo? Sí No

¿Ha consultado a algún médico por alguna de las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ellas? Epilepsia, vértigos o vahídos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, pulmones o riñones, sífilis, tuberculosis, reumatismo, gota, úlcera, tumor, cáncer, venas varicosas, diabetes, hipertensión arterial o afecciones coronarias. Sí No

Favor de proporcionar detalles de cada enfermedad.

Fecha (dd/mm/aaaa)

Condición actual

Número de ataques:

Fecha (dd/mm/aaaa)

Condición actual

Número de ataques:

¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica? Sí No

Fecha (dd/mm/aaaa)

Naturaleza del padecimiento

Duración

Condición actual

6. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada:

Desde las 12:00 hrs. del

hasta las 12:00 hrs. del

¿Desea domiciliar el pago de su prima?: Período de pago:

Sí No

Pago único

6.1 Llenar en caso de que el pago sea por cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito (datos del Contratante)

Institución:

Razón social o nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente

Cargo a Cuenta bancaria

Tarjeta de crédito

Número de cuenta CLABE (18 dígitos)

No. de tarjeta

Vencimiento (mm/aa)

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 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 la institución 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.

Nombre y 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 elegido en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo en 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 el domicilio del Contratante (señalado en el numeral 2.1)

En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: _____, o

2) Vía correo electrónico

Del solicitante (señalado en el numeral 1.2)

Del Contratante (señalado en el numeral 2.1)

8. 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 u 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.

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 hayan 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 mi(s) 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)

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del padre, tutor o
representante legal (solo en caso de

Nombre y firma del Contratante

8.1 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

Nombre y firma del Contratante

9. 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, la renovación automática, 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

Nombre y firma del agente
de Comisiones

Agente 1

Clave:

Participación % Nombre y firma

Agente 2

Clave:

Participación % Nombre y firma

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

NIF: Número de Identificación Fiscal y/o equivalente.

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual, equivalente a 30.4 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA). Para conocer el valor diario de la UMA consulte la página <http://www.inegi.org.mx>

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 07 de enero de 2026, con el número CNSF-S0022-0004-2026.