



SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS POR CÁNCER (SEGUCÁNCER)

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

Emisor [] [] [] [] []

"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."

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

1. Datos del solicitante 1 (Contratante)

Form fields for personal data: Cliente Inbursa, Identificador comercial, Primer nombre, Segundo nombre, Primer apellido, Segundo apellido, Fecha de nacimiento, Entidad federativa de nacimiento, País de nacimiento, Sexo, Estado civil, Nacionalidad, Tipo de identificación, Número de identificación, CURP, Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio.

1 A ser llenado por el agente

1.1 Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

Fiscal data fields: 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.

1.2 Domicilio y contacto

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

1.3 Información adicional

Additional information question: ¿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?

4. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada (sujeta a selección médica)

Desde las 12:00 hrs. del: d / m / a a a hasta las 12:00 hrs. del: d / m / a a a

¿Desea domiciliar el pago de su prima?: Sí No

Período de pago: Mensual Semestral Trimestral Anual

4.1 Llenar en caso de que el pago sea con 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: m / a

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 dicha 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

4.2 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.

5. 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)

6. Declaraciones del solicitante 1 / (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.

8. Comisiones

Agente 1		Agente 2	
Clave: <input type="text"/>		Clave: <input type="text"/>	
Participación: <input type="text"/> %	Nombre y firma	Participación: <input type="text"/> %	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

**Ejemplar informativo
Prohibido su uso**

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 marzo de 2025, con el número CNSF S0022-0082-2025

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

Emisor

"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."

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

1. Datos del solicitante 1 (Contratante)

Cliente Inbursa <input type="text"/>	Identificador comercial ¹ <input type="text"/>		
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>		
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento d d / m m / a a a a <input type="text"/>	Entidad federativa de nacimiento <input type="text"/>	País de nacimiento <input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Nacionalidad <input type="text"/>	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 <input type="text"/>
Tipo de identificación <input type="text"/>	Número de identificación <input type="text"/>		
CURP <input type="text"/>			
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio <input type="text"/>			

¹ A ser llenado por el agente

1.1 Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

RFC con honor clave o NIF <input type="text"/>	País que asignó el NIF <input type="text"/>	FIEL <input type="text"/>
Clave del régimen fiscal <input type="text"/>	Régimen fiscal <input type="text"/>	
Clave de uso del CFDI <input type="text"/>	Uso del CFDI <input type="text"/>	

1.2 Domicilio y contacto

Calle <input type="text"/>	Núm. exterior <input type="text"/>	Edificio <input type="text"/>	Núm. interior <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Entre calle <input type="text"/>	y calle <input type="text"/>			
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o municipio <input type="text"/>			
Ciudad o población <input type="text"/>	Entidad federativa <input type="text"/>	País <input type="text"/>		
Teléfono fijo <input type="text"/>	Teléfono móvil <input type="text"/>			
Correo electrónico <input type="text"/>				

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?

Cargo _____

Fecha en que dejó el cargo
d d / m m / a a a a

Nombre (s) y apellidos _____

2. Datos de solicitantes adicionales (familiares)

En caso de que algún(os) integrante(s) de la familia tenga(n) dirección diferente a las señaladas en los numerales "1.2 Domicilio y contacto" o "3.1 Domicilio y contacto", se deberá notificar por escrito a la Compañía y anexar el comprobante de domicilio correspondiente.

Solicitante 2

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____ CURP _____ Sexo Femenino Masculino
RFC con homoclave o NIF _____ Relación o parentesco _____

Firma del solicitante 2

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (sólo en caso de menores)

Solicitante 3

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____ CURP _____ Sexo Femenino Masculino
RFC con homoclave o NIF _____ Relación o parentesco _____

Firma del solicitante 3

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (sólo en caso de menores)

Solicitante 4

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____ CURP _____ Sexo Femenino Masculino
RFC con homoclave o NIF _____ Relación o parentesco _____

Firma del solicitante 4

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (sólo en caso de menores)

Solicitante 5

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____ CURP _____ Sexo Femenino Masculino
RFC con homoclave o NIF _____ Relación o parentesco _____

Firma del solicitante 5

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (sólo en caso de menores)

3. Datos del Contratante (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante 1)

Tipo de persona: Física Moral

Identificador comercial ¹

Ciente Inbursa

Denominación o razón social

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Fecha de nacimiento/constitución Entidad federativa de nacimiento/constitución País de nacimiento/constitución

Sexo Femenino Masculino

Estado civil Casado Soltero

Nacionalidad

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 A ser llenado por el agente

3.1 Domicilio y contacto

Calle Núm. exterior Edificio Núm. interior C.P.

Entre calle y calle

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

3.2 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? Sí No

¿Quién?

Cargo Fecha en que dejó el cargo

Nombre(s) y apellidos

4. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Tipo de identificación

Número de identificación

5. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada (sujeta a selección médica)

Desde las 12:00 hrs. del: / / hasta las 12:00 hrs. del: / /

¿Desea domiciliar el pago de su prima?:

 Sí
 No

Período de pago:

 Mensual Semestral
 Trimestral Anual

5.1 Llenar en caso de que el pago sea con 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:

/

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 no menos 30 días de anticipación a la fecha en que se pretenda surtir 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 dicha institución me entregue la referida reposición.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará sin 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

5.2 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.

6. 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 3.1)
 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 3.1)

7. Declaraciones del solicitante 1 / (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.

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

Nombre y firma del
solicitante

Nombre y firma del padre, tutor o representante
legal (sólo en caso de menores)

Nombre y firma del
Contratante

7.1 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 1

Nombre y firma del
Contratante

8. 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 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.

Nombre y firma del agente

Comentarios como resultado de la entrevista

9. Comisiones

Agente 1	Agente 2
Clave: <input type="text"/>	Clave: <input type="text"/>
Participación: <input type="text"/> %	Participación: <input type="text"/> %
Nombre y firma	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 55 517 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. 3700, 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

Ejemplar Informativo
Prohibido su uso

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 marzo de 2025, con el número CNSF S0022-0082-2025