



Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

Oficina

Emisor (SII)

FOLIO

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DESCUENTO POR NÓMINA (SÓLO RESIDENTES EN MÉXICO)

Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse

"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 inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o su(s) Beneficiario(s), en su caso, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."

Llenar con letras de molde en mayúsculas, respetando los límites de los recuadros correspondientes

Número de Empleado, Grupo, Empresa, Sucursal

1. Datos Generales del Solicitante (Contratante)

Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Segundo Nombre, R.F.C. con Homoclave, CURP, Fecha de Nacimiento, Sexo, Fumador, Estado Civil, Nacionalidad, Identificación que presenta, No. de Identificación

Domicilio del Solicitante (Contratante)

Calle / Edificio, Número Exterior, Número Interior, Código Postal, Colonia / Fraccionamiento, Delegación / Municipio, Ciudad o Población, Entidad Federativa (Estado), País, Teléfono Particular, e-mail o página de Internet, Ocupación / Actividad, ¿Es una persona políticamente expuesta?

2. Beneficios Solicitados

Beneficios Solicitados, Suma Asegurada, Prima, Aportación, Código Paquete, ¿Póliza con examen médico?

3. Cuestionario para el Solicitante (Contratante)

Es necesario que conteste en forma completa el cuestionario, en caso de no contestar alguna de las preguntas se entenderá que la respuesta fue NO. 1. Indique su peso y estatura: 2. A usted le ha sido diagnosticado o esta bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: 3. ¿Usted participa en eventos de buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea? 4. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad en útero, ovarios, glándulas mamarias, actualmente está embarazada, ha tenido alguna complicación durante sus embarazos? 5. ¿Desempeña alguna de las siguientes actividades? Bombero, electricista, futbolista, policía judicial o ministerial, mariner, minero, pescador, piloto, policía, guardaespaldas, repartidor en motocicleta, petrolero.

4. Designación de Beneficiarios

Advertencias: 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 hiciere 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.

Beneficiario 1

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s), Fecha de Nacimiento, Parentesco (para efectos de identificación), Porcentaje

Beneficiario 2

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s), Fecha de Nacimiento, Parentesco (para efectos de identificación), Porcentaje

Beneficiario 3

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s), Fecha de Nacimiento, Parentesco (para efectos de identificación), Porcentaje

El solicitante (Contratante) manifiesta que el domicilio de sus beneficiarios es el mismo que el suyo.

5. Declaratoria del Solicitante (Contratante)

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. Manifiesto que todos mis beneficiarios son revocables, en caso contrario lo haré saber por escrito a la Institución de Seguros. 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 y fecha de solicitud, Población y Estado, Fecha

Firma del Solicitante (Contratante)

Firma del asegurado menor (en caso de ser mayor a 12 años)

6. Para Aspectos internos de la Compañía

Declaro que se realizó entrevista personal con el cliente, obteniendo resultados satisfactorios

Clave del Agente 1, % de Participación, Clave del Agente 2, % de Participación, Clave del Agente 3, % de Participación, Firma del Agente 1, Firma del Agente 2, Firma del Agente 3

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 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 22 DE OCTUBRE DE 2009 CON EL NÚMERO PPAQ-S0022-0030-2009 Y A PARTIR DEL DÍA 30 DE JUNIO DE 2011 CON EL NÚMERO CGEN-S0022-0074-2011./CONDUSEF-001419-02

"ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD"

F-2111-1 JULIO 2011

**Beneficio Básico**

**\*Vida Entera** En caso de que ocurriera Su fallecimiento, pagaremos la Suma Asegurada contratada para este Beneficio a Sus Beneficiarios.

**\*Temporal** En caso de que ocurriera Su fallecimiento durante el plazo del seguro, pagaremos la Suma Asegurada contratada para este Beneficio a Sus Beneficiarios. Si Usted viviere al final de dicho plazo, este Beneficio terminará sin obligación alguna para Nosotros.

**Beneficios Adicionales de Accidente**

<b>DI</b>	Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental
<b>DIC</b>	Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva
<b>DIPM</b>	Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros
<b>DIPMC</b>	Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros Colectiva

**Beneficios Adicionales de Invalidez**

<b>BIT</b>	Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
<b>BITP</b>	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

**Otros Beneficios Adicionales**

<b>SEVI</b>	Enfermedades Graves
<b>BAC</b>	Beneficio Adicional Conyugal
<b>Ahorro</b>	
<b>GF</b>	Gastos Funerarios Familiar
<b>BAF</b>	Beneficio Adicional Por Fallecimiento
<b>RG</b>	Recuperación Garantizada

**Ejemplar Informativo**  
**Prohibido su uso**