INBURSA Seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y GASTOS MÉDICOS SEGURIDAD MÉDICA INTEGRAL

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."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

1. Datos del Contratante

Cliente Inbursa

Tipo de persona: ☐ Física ☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre | **Segundo nombre**

Primer apellido | **Segundo apellido**

Fecha nacimiento/ constitución (d d / m m / a a a a)

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**

Folio mercantil | **Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio**

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 de 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 Información adicional del Contratante

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consaguinidad 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)

2. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre | **Segundo nombre**

Primer apellido | **Segundo apellido**

Tipo de identificación | **Número de identificación**

3. Información del seguro a contratar

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o limites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en www.inbursa.com

3.1 Descripción de la colectividad

Descripción de la colectividad asegurable

Caracteristicas particulares y/o especiales de la colectividad

Relación de la colectividad con el Contratante

Anexar detalle con nombre, fecha de nacimiento y sexo de cada integrante de la colectividad.

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad ___ %

3.2 Coberturas

Coberturas	Categoría	Categoría
Muerte accidental (de 12 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	**No aplica**	**No aplica**
Pérdida de Miembros por Accidente (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	**No aplica**	**No aplica**
Reembolso de gastos médicos por Accidente (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$ UMAM [1]	$ UMAM [1]
Gastos funerarios por Accidente (de 12 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	**No aplica**	**No aplica**
Cáncer (de 12 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	**No aplica**	**No aplica**
Consulta de medicina general (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	**No aplica**	**No aplica**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Consulta médica presencial (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$	$
Consulta médica de especialidad (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$	$
Medicamentos (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$	$
Laboratorios de gabinete, rayos x y especializados (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$	$
Consulta de nutrición y psicología (de 0 a 70 años de edad)		
Suma Asegurada	$	$
Deducible	$	$

3.3 Detalle por categoria

Categoría

Número de personas que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y sexo

Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino
0 - 4			35 - 39		
5 - 9			40 - 44		
10 - 14			45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		
25 - 29			60 - 64		
30 - 34			**Total**		

Categoría

Número de personas que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y sexo

Edad	Femenino	Masculino	Edad	Femenino	Masculino
0 - 4			35 - 39		
5 - 9			40 - 44		
10 - 14			45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		
25 - 29			60 - 64		
30 - 34			**Total**		

3.4 Declaratoria para la apreciación de cúmulos de pérdida

No existen actividades que realicen los integrantes de la colectividad que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas (siniestros que ocurren de manera simultánea).

4. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada

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

Forma de pago: ☒ Mensual **¿Participación de utilidades?:** ☐ Sí

Cobro bancario: ☐ Sí ☐ No ☐ No

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

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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 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 pueda 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, Banorte, HSBC y BBVA. 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 Contratante (señalado en el numeral 1.2)
- ☐ En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa _____

2) ☐ **Vía correo electrónico del Contratante (señalado en el numeral 1.2)**

6. Declaraciones del 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

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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 miembros de la colectividad, me obligo a hacer del conocimiento de esos miembros de la colectividad 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.
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** d d / m m / a a a a

Nombre y firma del Contratante

6.1 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 Contratante

7. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al Contratante 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 Contratante entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, la vigencia del producto, renovación, 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, aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre y firma del agente

8. Comisión

Porcentaje de comisión del negocio ☐☐☐ %

Clave ☐☐☐☐☐☐

Nombre y firma del agente

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Categoría: Se refiere a un grupo de Asegurados respecto del cual se estén contratando diferentes características del seguro, como son coberturas o sumas aseguradas, asignándoles una categoría distinta, para distinguirlos del resto de la Colectividad Asegurada. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías.

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente

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

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 30 de septiembre de 2026, con el número PPAQ-S0022-0071-2026.