



### 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)

### 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. Los hijos deberán ser solteros y no percibir ingresos por trabajo personal.

#### Solicitante 2

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Nacionalidad  Sexo  Masculino  Femenino

RFC con homoclave o NIF  CURP  Relación o parentesco

Firma del solicitante 2

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

#### Solicitante 3

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Nacionalidad  Sexo  Masculino  Femenino

RFC con homoclave o NIF  CURP  Relación o parentesco

Firma del solicitante 3

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

#### Solicitante 4

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Nacionalidad  Sexo  Masculino  Femenino

RFC con homoclave o NIF  CURP  Relación o parentesco

Firma del solicitante 4

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

**Solicitante 5**

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Nacionalidad

Sexo  Masculino  
 Femenino

RFC con homoclave o NIF

CURP

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 (llénesse sólo en caso de que sea distinto al solicitante 1 (titular))**Tipo de persona:  Física  Cliente Inbursa  Identificador comercial <sup>1</sup>  
 Moral 

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha nacimiento/constitución (dd/mm/aaaa)

Entidad federativa de nacimiento / constitución

País de nacimiento / constitución

Sexo Estado civil Nacionalidad

 Femenino  
 Masculino Casado  
 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, giro mercantil u objeto social

Folio mercantil

<sup>1</sup> A ser llenado por el asesor**3.1 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**3.2 Información adicional**¿Usted, su conyuge, 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)

#### 4. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de identificación

Número de identificación

#### 5. Información del seguro a contratar

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

##### 5.1 Inburmedic e Inburmedic con atención exclusiva en la Red Segumed-Inbursa

###### 5.1.1 Características

**Inburmedic**

Sin restricción de Hospitales  Con restricción de Hospitales  Con atención exclusiva en la red Segumed Inbursa

Deducible por Enfermedad Cubierta

Coaseguro por Enfermedad Cubierta %

Suma Asegurada

**Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos por Reembolso:**

Con tabulador

Límite de honorarios

Sin tabulador

Amplio (el límite de honorarios es la Suma Asegurada)

###### 5.1.2 Coberturas adicionales

1. Ambulancia aérea<sup>2</sup>

2. Paquete plus<sup>2</sup>

3. Emergencia internacional<sup>3</sup>

4. Cobertura internacional<sup>2</sup>

5. Enfermedades catastróficas en el extranjero<sup>2,3</sup>

6. Maternidad

7. Gastos funerarios

Suma Asegurada

8. Previsión familiar

9. Enfermedades graves (SEVI)

Titular

Titular y cónyuge

Todos los Asegurados de 20 años y mayores

Suma Asegurada

10. Exención de Deducible por Accidente (no disponible para Monterrey)

11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos (sólo (solo plan con restricción de Hospitales)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Solo disponible para Inburmedic con o sin restricción de Hospitales

<sup>3</sup> Incluida en Inburmedic con o sin restricción de Hospitales cuando se solicita la Cobertura internacional

12. Disminución de Coaseguro en Pago Directo<sup>2</sup>

13. Accidentes personales (elegir sólo una opción)

Muerte accidental y Pérdida de miembros por Accidente

Muerte accidental (no incluye Pérdida de miembros por por Accidente)

Titular

Titular y cónyuge

Todos los Asegurados de 12 años y mayores

Suma Asegurada

14. Gama hospitalaria intermedia (Sólo para Toluca, Ciudad de México y Área metropolitana)<sup>2</sup>

15. Beneficio por Discapacidad

16. Protección dental

##### 5.2 Inburmedic Star Médica

Paquete	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Suma Asegurada	\$2,000,000	\$4,000,000	\$6,000,000	\$6,000,000	\$14,000,000	\$17,000,000
Deducible por Enfermedad	\$11,500	\$12,500	\$16,000	\$12,500	\$14,500	\$16,000
Coaseguro por Enfermedad	10%	10%	10%	10%	10%	10%
<b>Coberturas adicionales</b>						
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves (SEVI)	\$100,000	\$150,000	\$150,000	\$100,000	\$150,000	\$150,000
<input type="checkbox"/> Gastos funerarios	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000	\$10,000
<input type="checkbox"/> Gastos por Accidente Cubierto efectuados fuera de la Red Star Médica						
<input type="checkbox"/> Protección dental						

### 5.3 Inburmedic Christus Muguerza (disponible para Monterrey)

Paquete	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
Suma Asegurada	\$2,000,000	\$6,000,000	\$12,000,000
Deducible por Enfermedad	\$11,500	\$11,500	\$11,500
Coaseguro por Enfermedad	10%	10%	10%
<b>Coberturas adicionales</b>			
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves (SEVI)	\$100,000	\$150,000	\$150,000
<input type="checkbox"/> Gastos funerarios	\$10,000	\$10,000	\$10,000
<input type="checkbox"/> Protección dental			

### 6. Cuestionario médico

- 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cuestionario médico, en caso contrario no será aceptada esta solicitud.
- 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información en los recuadros siguientes y/u hoja adicional.
- 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisados por el área de selección médica.

#### Sección 1

	Solicitante									
	1		2		3		4		5	
	sí	no								
1. ¿Padece actualmente alguna Enfermedad?	<input type="checkbox"/>									
2. ¿Padece alguna Discapacidad, Síndrome o Condición de Salud?	<input type="checkbox"/>									
3. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>									
4. ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros?	<input type="checkbox"/>									
5. ¿Le han practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>									
6. ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo, estupefacientes o sustancias psicotrópicas?	<input type="checkbox"/>									

#### Sección 2

¿A alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza le ha sido diagnosticado, padece o ha padecido o ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes Enfermedades?

	Solicitante									
	1		2		3		4		5	
	sí	no								
7. Tumores o neoplasias (cáncer: de mama, cervicouterino, de próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros).	<input type="checkbox"/>									
8. Del sistema circulatorio (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, flebitis, várices, hemorroides entre otras).	<input type="checkbox"/>									
9. Del sistema endocrino (diabetes mellitus, obesidad, tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales, hiperuricemia, entre otras).	<input type="checkbox"/>									
10. Congénitas y/o malformaciones de nacimiento.	<input type="checkbox"/>									
11. Del sistema hematopoyético e inmune (anemia, púrpura, defectos de la coagulación, del bazo, lupus, inmunodeficiencias, entre otras).	<input type="checkbox"/>									
12. Infecciosas (tuberculosis, sífilis, encefalitis, meningitis, herpes zoster, hepatitis viral, SIDA, entre otras).	<input type="checkbox"/>									
13. Del sistema nervioso (epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hidrocefalia, encefalopatía, cerebro vascular, de la médula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, retraso mental, entre otras).	<input type="checkbox"/>									
14. Del sistema respiratorio (neumonía, bronquitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras).	<input type="checkbox"/>									

15. Del sistema digestivo (hernia hiatal, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, absceso anal, insuficiencia hepática, pancreatitis, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
16. Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
17. Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomerulonefritis, trastornos testiculares o de vejiga, insuficiencia renal, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
18. Del sistema osteomuscular (trastornos de columna vertebral o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
19. Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucoma, neuritis óptica, estrabismo, alteraciones de la visión, ceguera, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
20. Del oído (vértigo, otitis, otoposclerosis, hipoacusia, entre otras).	<input type="checkbox"/>								
21. ¿Ha sufrido algún accidente que ameritara tratamiento intrahospitalario o quirúrgico (heridas, traumas, fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, entre otros)?	<input type="checkbox"/>								
22. ¿Practica algún deporte peligroso (charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros) o vuela en aeronaves particulares (indicar la frecuencia en la sección de ampliación del cuestionario médico)?	<input type="checkbox"/>								
23. ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?	<input type="checkbox"/>								
24. ¿Otras Enfermedades, afecciones o lesiones diferentes a las señaladas anteriormente?	<input type="checkbox"/>								

**Sección 3**

**Sírvase contestar sólo en caso de que las personas que van a incluirse en la presente póliza pertenezcan al sexo femenino.**

	Solicitante									
	1		2		3		4		5	
	sí	no								
25. ¿Padece, ha padecido o ha estado bajo tratamiento médico quirúrgico por Enfermedades de las glándulas mamarias, útero, ovario o cérvix (miomas, displasia cervical, papiloma, quistes ováricos endometriosis, entre otras)?	<input type="checkbox"/>									
26. ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?	<input type="checkbox"/>									
27. ¿Actualmente está embarazada?	<input type="checkbox"/>									
28. ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores (amenaza de aborto o aborto, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, entre otras)?	<input type="checkbox"/>									

En caso de haber respondido de forma afirmativa a cualquier de las preguntas del Cuestionario Médico, sírvase proporcionar mayor información utilizando sólo el renglón correspondiente para cada solicitante.

**No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)**

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)**

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)**

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual

No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual

No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual

No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual

No. solicitante      No. pregunta      Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)

Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios      Estado actual

**7. Hábitos generales**

Solicitante	Peso (kg)	Estatura (cm)	Fuma		¿Desde qué año?				¿Toma alcohol?			¿Desde qué año?					
			D=Diario	M=Mensual	Número y frecuencia de cigarros			Núm. y frecuencia de copas		Núm. y frecuencia de copas		Núm. y frecuencia de copas					
			A=Anual	Núm.	D	M	A	¿Toma alcohol?	¿Desde qué año?	Núm.	D	M	A				
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Información complementaria del seguro**

Fecha para reconocimiento de antigüedad (dd/mm/aaaa)\*

Tarifa por zona

\*Se requiere anexar carátula que acredite la antigüedad y último comprobante de pago a la fecha de esta solicitud.

**9. Forma de pago y vigencia**

Vigencia solicitada (sujeta a selección médica)

Desde las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)  hasta las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)

¿Desea domiciliar el pago de su prima?  Sí  No      Frecuencia de pago  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

**9.1 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 (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 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 operadas 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

## 9.2 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 Bancamex. 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.**

## 10. 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)

## 11. Declaraciones del solicitante 1 (titular) / 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 (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante 1 (titular)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del menor (solo en caso de tener 12 años o más de edad)

#### 11.1 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 (titular)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

#### 12. 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 asesor

**13. Comisiones**

Asesor 1

Clave

Participación %

Asesor 2

Clave

Participación %

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 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 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](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 [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@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 27 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0079-2024, a partir del día 17 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0072-2023, a partir del día 18 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0068-2023, a partir del día 23 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0069-2023, a partir del día 23 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0073-2023, a partir del día 10 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0022-0075-2023, a partir del día 10 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0022-0076-2023, a partir del día 23 de septiembre de 2024, con el número PPAQ-S0022-0078-2023.

Prohibido su uso  
Ejemplar Informativo