

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 Contratante, 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 generales del contratante**

Cliente Inbursa	Identificador comercial <sup>1</sup>	Tipo de persona	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Moral
Denominación o razón social			
<input type="text"/>			
Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido paterno		Apellido materno	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<sup>1</sup>A ser llenado por el Asesor

**1.1 Generales**

Fecha de nacimiento / constitución (dd/mm/aaaa)	Entidad federativa de nacimiento / constitución	País de nacimiento / constitución	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Género	Estado civil	Nacionalidad	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>
Tipo de identificación	Número de identificación	CURP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio		Folio mercantil	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**1.2 Domicilio y contacto**

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

### 1.3 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?:  Si  No

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos

--	--

Cargo

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

--	--

### 2. Datos fiscales del contratante

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

--	--

### 3. Datos del representante legal del contratante

Primer nombre

Segundo nombre

--	--

Apellido paterno

Apellido materno

--	--

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](http://www.inbursa.com)

#### 4.1 Descripción del grupo asegurable

Descripción del grupo

--

Características particulares y/o especiales del grupo

--

Relación del grupo con el contratante

--

Ocupaciones de los participantes incluyendo lugar habitual de labores, cúmulos posibles, uso de herramientas, maquinaria, materiales y/o vehículos

--

Esta póliza cubrirá:

Personal Eventual

Créditos

Personal de Planta

Otro

Personal Jubilado

Especifique:

--

En caso de solicitar el seguro para garantizar créditos concedidos por el Contratante, favor de indicar los tipos de crédito a asegurar, plazo de pago y frecuencia de abonos a la deuda

--

¿El objetivo de la contratación del seguro es el garantizar prestaciones u obligaciones del contratante?

Si

¿Cuál?

No

--

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro del grupo

--

Número de personas que conforman el 100% del grupo

Número de personas que han requisitado y firmado su consentimiento individual

Anexar detalle con nombre, fecha de nacimiento y género de cada integrante del grupo.

#### 4.2 Coberturas

##### Cobertura Básica

Vida (fallecimiento)

Suma asegurada para cada integrante del grupo asegurable o regla para determinarla

##### Coberturas adicionales

Pago de la suma asegurada por:

Muerte Accidental (MA)

Pérdida de Miembros (PM)

Muerte Accidental Colectiva (MAC)

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad (BITP)

Muerte Accidental o Pérdida de Miembros (MAPM)

Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)

Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva (MAPMC)

Enfermedades Graves (SEVI)

Exención de Pago de Primas por:

Invalidez Total y Permanente (BEPP)

Invalidez Total y Permanente Ajustable (BEPPA)

#### 4.3 Declaratoria para la apreciación de cúmulos de pérdida

¿Existen circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas del grupo a asegurar respecto de la actividad que realizan sus integrantes?  Si  No

En caso afirmativo, proporcione detalles

#### 4.4 Forma de pago y vigencia

Inicio vigencia solicitada

Periodo de pago:

Cobrobancario

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Si  No

Moneda:

¿Con participación de utilidades?

Tipo de experiencia solicitada:

¿Póliza autoadministrada?

Dólares  Nacional  Si  No

Global  Propia

Si  No

#### 4.5 Llenar en caso de que su pago sea con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito

Institución

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

Número de cuenta CLABE (18 dígitos) No. de tarjeta:

Vencimiento mm/aa

Cuenta bancaria

Tarjeta de crédito

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 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 el 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.

Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

4.6 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo al periodo de pago elegido en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. 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.**

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 la siguiente sucursal de Seguros Inbursa \_\_\_\_\_, 0
- 2)  **Vía correo electrónico**  
 Del solicitante (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 habré 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 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 mi actuación al operar este contrato será de buena fe, por lo que no permitiré que se utilice este contrato, ni en todo, ni en parte para fines ilícitos. Adicionalmente declaro que he sido apercibido de las responsabilidades civiles y/o penales en las que pueden incurrir las personas que permitan a terceros el acceso o uso del contrato sin haberlo declarado, que oculten información o presenten información falsa en el uso de este contrato o que actúen como prestanombres de terceros para uso indebido de este contrato.

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 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 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 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, consecuencias de la rehabilitación, la vigencia del producto, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en los consentimientos individuales todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y 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.

Comentarios como resultado de la entrevista

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor

## 8. Comisiones

Asesor 1

Asesor 2

Clave

Clave

Participación  %

Nombre y firma

Participación  %

Nombre y firma

**FIEL:** Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

**NIF:** Número de identificación fiscal o equivalente

**CFDI:** Comprobante Fiscal Digital por Internet

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.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef)

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 enero de 2021 con el número CNSF-S0022-0623-2020; a partir del 8 de abril de 2021 con el número CNSF-S0022-0052-2021; a partir del 14 de marzo de 2023 con el número MODI-S0022-0015-2023; a partir del 15 de marzo de 2023 con el número MODI-S0022-0016-2023 y a partir del 17 de marzo de 2023 con el número RESP-S0022-0001-2023 / CONDUSEF-G-00757-003.