

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 Asegurado, 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 del solicitante (contratante)

Ciente Inbursa:	Identificador comercial¹:	Tipo de persona:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Física Moral

Denominación o razón social:

Primer nombre:	Segundo nombre:
-----------------------	------------------------

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

Primer apellido:	Segundo apellido:
-------------------------	--------------------------

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

¹A 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad:	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:	Residente permanente
Femenino	Casado	<input type="text"/>		Residente temporal
Masculino	Soltero			Visitante
				Otra <input type="text"/>

Tipo de identificación:	Número de identificación:	CURP:
--------------------------------	----------------------------------	--------------

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

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social:	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"/>
----------------------	----------------------	----------------------

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México:	Personal
	Trabajo

S-HI-3

F-1741 - 24 FEBRERO 2025

1.3 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? 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 generales del contratante (llénesse sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona: Física Moral

Denominación o razón social:

--

Primer nombre:

Segundo nombre

--	--

Primer apellido:

Segundo apellido

--	--

Fecha de nacimiento / constitución
(dd/mm/aaaa):

Entidad federativa de
nacimiento / constitución:

País de nacimiento / constitución:

--	--	--

Sexo:

Estado Civil:

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

Femenino

Casado

Masculino

Soltero

--

--

Tipo de identificación:

Número de identificación:

CURP:

--	--	--

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social:

Folio mercantil:

--	--

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 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):

4. Datos del representante legal del solicitante (contratante)

Primer nombre:

Segundo nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

5. Información del seguro a contratar

Vigencia solicitada:

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

Póliza anterior

Número:

Fecha de vencimiento (dd/mm/aaaa):

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

5.1 Ubicación a asegurar

Calle:

Núm. exterior: Edificio:

Núm. interior:

Entre calle:

y calle:

C.P.:

Colonia:

Alcaldía o municipio:

Ciudad o población:

Entidad federativa:

País:

5.2 Esquema de aseguramiento

Propietario

Arrendatario

Arrendador

5.3 Características del inmueble

Tipo de construcción:

Muros y techos macizos

Muros macizos y techos de zacate o palma

Muros y techos de madera

Muros macizos y techos de madera

Muros y techos de lámina metálica

Tráiler casa rodante

Muros macizos y techos de lámina

Número de pisos:

Planta baja y pisos altos Sótano(s)

Piso(s) donde se encuentra(n) el(los) riesgo(s)

Tipo de casa

Casa

Departamento

Año de construcción del inmueble

Año de refuerzo del inmueble (en caso de que se haya reforzado)

Porcentaje de cristales en fachadas

Si el inmueble está situado frente al mar, lago o laguna, indique si la edificación se encuentra:

Menos de 250 metros de la rivera, en el caso de lagos o lagunas.

Menos de 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta, en el caso del mar.

5.4 Sumas aseguradas

5.4.1 Secciones I y II

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
I	Daños Materiales al Inmueble ²	\$	Excluida	\$
II	Daños Materiales a Contenidos ^{2,3}			
	- Menaje en General	\$	\$	Excluida
	- Equipo Electrónico y/o Electrodoméstico	\$	\$	Excluida

Bajo la sección II Daños Materiales a los Contenidos, se amparan los siguientes bienes:

- El menaje de la vivienda como son muebles, enseres, artículos de uso doméstico, ropa y efectos personales.
- El dinero en efectivo hasta un máximo del equivalente a 100 UMAD
- Artículos deportivos, equipo electrónico y/o electrodoméstico, cámaras fotográficas, objetos raros o de arte cuyo valor unitario o por juego sea de hasta el equivalente a 500 UMAD
- Antenas receptoras de radio o televisión.
- Planos, croquis, dibujos y patrones inherentes a la construcción de los cuales se pagará el costo de la elaboración de los mismos.

Nota: la suma asegurada para Contenidos será igual a la suma asegurada de Menaje en General, más la suma asegurada de Equipo Electrónico y/o Electrodoméstico.

2 La suma asegurada no deberá exceder de \$30,000,000 M.N.

3 La suma asegurada no deberá ser menor a \$25,000 M.N. y no deberá exceder el 70% de la suma asegurada contratada en la sección I.

Coberturas adicionales sección I y/o II

Terremoto y/o Erupción Volcánica: Si No

Riesgos Hidrometeorológicos: Si No

Si desea cubrir bajo la cobertura de Riesgos Hidrometeorológicos instalaciones fijas a la intemperie deberán relacionarse en el siguiente cuadro indicando descripción de los bienes, cantidad, valor unitario y valor total.

Relación de bienes para la sección I y/o II Riesgos Hidrometeorológicos

Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
Suma asegurada			\$

En caso de que no sea suficiente espacio deberá anexar una relación en archivo electrónico en Word o Excel.

5.4.2 Sección III

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
III	Pérdidas Consecuenciales			
	- Remoción de Escombros ⁴	\$	\$	\$
	- Gastos Extraordinarios ^{5,7}	\$	\$	Excluida
	- Pérdida de Rentas ^{6,7}	Excluida	Excluida	\$

4 La suma asegurada no deberá exceder el 40% de la suma asegurada contratada en las secciones I y II.

5 La suma asegurada no deberá exceder el 40% de la suma asegurada contratada en las secciones I y II.

6 La suma asegurada no deberá exceder el 40% de la suma asegurada contratada en la sección I.

7 El periodo de indemnización será de 4 meses.

5.4.3 Sección IV

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
IV	Cristales (con espesor mínimo de 4mm ⁸)			
	Exteriores	\$	Excluida	\$
	Interiores	\$	\$	Excluida

8 La suma asegurada total de rotura Cristales más cristales especiales:

- No deberá rebasar la cantidad de \$600,000 M.N.

- La suma asegurada de cristales exteriores no deberá exceder el 20% de la suma asegurada contratada en la sección I.

- La suma asegurada de cristales interiores no deberá exceder el 20% de la suma asegurada contratada en la sección II.

Cobertura Cristales especiales

Cristales especiales⁹ \$

Bajo esta cobertura podrán cubrirse: vitrales, domos, cristales curvos y los indicados en las Condiciones Generales. Describir bienes en el siguiente cuadro:

Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
Suma asegurada total (Rotura de Cristales + Cristales Especiales)			\$

En caso de que no sea suficiente espacio deberá anexar una relación en archivo electrónico en Word o Excel.

9 La suma asegurada no deberá exceder el 5% de la suma asegurada contratada en las secciones I y II.

5.4.4 Sección V

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
V	Robo de Menaje y Objetos de Valor ¹⁰			
	Robo de Menaje	\$	\$	Excluida
	Robo de Objetos de valor	\$	\$	Excluida

10 La suma asegurada de Robo de Menaje:

- No deberá rebasar la cantidad de \$1,000,000 M.N.

- No deberá exceder el 80% de la suma asegurada contratada en la sección II.

Coberturas adicionales sección V

- Artículos deportivos, electrónicos y/o electrodomésticos, cámaras fotográficas, objetos raros o de arte así como artículos cuyo valor unitario o por juego que en su conjunto sea superior a 500 UMAD.

- Joyería y/o relojería fina, cualquiera que sea su valor.

- Bienes inherentes a la casa - habitación por los cuales el Asegurado sea legalmente responsable.

- Dinero y Valores

Para estos artículos deben anexarse a la solicitud los avalúos, facturas y/o documentos que acrediten la propiedad.

Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
Suma asegurada total (Sección V)			\$

En caso de que no sea suficiente espacio deberá anexar una relación en archivo electrónico en Word o Excel.

5.4.5 Secciones VI y VII

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
VI	Asistencia en el Hogar	Amparada	Amparada	Amparada
VII	Responsabilidad Civil			
	Familiar ¹¹	\$	\$	Excluida
	Arrendatario ¹²	Excluida	\$	Excluida
	Arrendador ¹³	Excluida	Excluida	\$

11 La suma asegurada no deberá ser menor a \$100,000 M.N. y no deberá exceder de \$15,000,000 M.N.

12 La suma asegurada no deberá ser menor a \$100,000 M.N. y no deberá exceder de \$15,000,000 M.N.

13 La suma asegurada no deberá ser menor a \$100,000 M.N. y no deberá exceder de \$15,000,000 M.N.

5.4.5.1 Trabajadores domésticos asegurados bajo Responsabilidad Civil Familiar

Primer nombre:

Segundo nombre:

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

S-HI-3

F-1741 - 24 FEBRERO 2025

Primer apellido: **Segundo apellido:**

CURP:

Primer nombre: **Segundo nombre:**

Primer apellido: **Segundo apellido:**

CURP:

5.4.6 Sección VIII

Sección	Cobertura	Habitt Propietario	Habitt Arrendatario	Habitt Arrendador
VIII	Accidentes Personales ^{14,15}	\$	\$	\$

La suma asegurada no deberá exceder \$600,000 M.N.

14 La edad de los asegurados debe ser como mínimo de 12 años pero no mayor a 65 años.

15 Los asegurados deben ser familiares que dependan económicamente del titular de la póliza.

Datos del asegurado 1

Primer nombre: **Segundo nombre:**

Primer apellido: **Segundo apellido:**

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **Entidad federativa de nacimiento:** **País de nacimiento:**

Sexo: Femenino Masculino **Estado civil:** Casado Soltero **Nacionalidad:** **Parentesco:**

RFC con homoclave: **CURP:**

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio:

Datos del asegurado 2

Primer nombre: **Segundo nombre:**

Primer apellido: **Segundo apellido:**

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **Entidad federativa de nacimiento:** **País de nacimiento:**

Sexo: Femenino Masculino **Estado civil:** Casado Soltero **Nacionalidad:** **Parentesco:**

RFC con homoclave: **CURP:**

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio:

En caso de que no sea suficiente espacio deberá anexar una relación en archivo electrónico en Word o Excel.

Designación de beneficiarios bajo la cobertura de accidentes personales

ADVERTENCIA: 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 hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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.

La representación legal de los menores corresponde:

a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.

b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Beneficiario 1

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: <input type="text"/>	
Primer nombre:	Segundo nombre:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo:	Relación o parentesco:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	
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"/>

Firma de Beneficiario irrevocable

Beneficiario 2

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: <input type="text"/>	
Primer nombre:	Segundo nombre:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo:	Relación o parentesco:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	
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"/>

Firma de Beneficiario irrevocable

En caso de que no sea suficiente espacio deberá anexar una relación en archivo electrónico en Word o Excel.

6. Forma de pago

Cobro bancario:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Periodo de pago:	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Único
Moneda:	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional		<input type="checkbox"/> Dólares		
Recibo:	<input type="checkbox"/> Individual		<input type="checkbox"/> Global (más de una ubicación)		<input type="checkbox"/> Filial

Si la prima será pagada por un tercero diferente al solicitante/contratante o si se requiere recibo por filial, se deberá llenar el anexo de datos de facturación de tercero diferente al solicitante/contratante o filial.

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

Institución:

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 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

7. Declaraciones del solicitante (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.

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

Nombre y firma del contratante



¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

7.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) 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

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 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

9. Comisiones

Comisión cedida: %

Asesor 1

Clave:

Participación: %

Nombre y firma

Comisión cedida: %

Asesor 2

Clave:

Participación: %

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

UMAD: Unidad de Medida y Actualización Diaria, cuyo valor puede consultarse en 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

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 7 de julio de 2000, con el número DVA-S-324-2000/CONDUSEF-001106-02.

S-HI-3

F-1741 - 24 FEBRERO 2025