



SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES BAJO COSTO
VENTANILLA

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Emisor

Seleccione el seguro a contratar: Segucáncer Mujer Express Hospital Seguro Familiar

"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."

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

1. Datos del solicitante (Contratante)

Ciente Inbursa Identificador comercial¹
Primer nombre Segundo nombre
Primer apellido Segundo apellido
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

¹ A ser llenado por el asesor

1.1 Domicilio y contacto

Calle Núm. exterior Edificio Núm. interior C.P.
Entre calle y calle
Colonia Alcaldía o municipio
Ciudad o población Entidad federativa País
Correo electrónico

2. 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

3. Información del seguro a contratar (deberá ser llenado obligatoriamente)

3.1 Segucáncer Mujer Express

Respaldo médico y bienestar Sí No
Suma Asegurada solicitada: \$250,000 \$500,000 \$1,000,000

3.2 Hospital Seguro Familiar

Suma Asegurada solicitada: \$1,000 \$1,500 \$2,000

4. Forma de pago

Período de pago Mensual Trimestral Semestral Anual ¿Desea domiciliar el pago de su prima?
 Sí No
Institución Razón social o nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente

8. Comisiones

Asesor 1		Asesor 2	
Clave <input type="text"/>		Clave <input type="text"/>	
Participación <input type="text"/> %	Nombre y firma	Participación <input type="text"/> %	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 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 junio de 2022, con el número CNSF-S0022-0309-2022, a partir del día 2 de enero de 2023, con el número MODI-S0022-0006-2023, a partir del día 3 de junio de 2025, con el número CNSF-S0022-0100-2025