

Seguros Inbursa, S. A., Grupo Financiero Inbursa, Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060 Ciudad de México. Teléfonos de atención 01-800-90-90000 desde el interior de la República o 5325-0505 en la Ciudad de México y el área metropolitana

Gerencia:	Código del Emisor:
-----------	--------------------

Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse

"Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8 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."

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será admitida por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

Datos Generales del Contratante

Denominación o Razón Social / Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Fecha de Constitución / Fecha de Nacimiento	R.F.C. (con homoclave)	Nacionalidad
D D M M A A A A		

Información Adicional para Personas Morales

Seleccione el Sector al que pertenece:

1.- Sector Privado: - Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> - Sociedad o Asociación Civil: Con fines de lucro <input type="checkbox"/> Donataria <input type="checkbox"/>	2.- Sector Financiero: Banco de México <input type="checkbox"/> Banca de Desarrollo <input type="checkbox"/> Banca Múltiple <input type="checkbox"/> Financiera Pública <input type="checkbox"/> Financiera Privada <input type="checkbox"/>	3.- Sector Público: Gobierno Federal <input type="checkbox"/> Gobierno Estatal <input type="checkbox"/> Gobierno Municipal <input type="checkbox"/> Organismo Descentralizado <input type="checkbox"/> Participación Estatal <input type="checkbox"/>	4.- Sector Extranjeros: Financieras <input type="checkbox"/> No Financieras <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Lugar de Constitución

Folio Mercantil

Giro Mercantil, Actividad u Objeto social:

¿Alguno de los accionistas, socios, asociados, altos directivos o miembros del consejo de administración, su cónyuge, concubina(rio) o personas con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años alguna función pública en México o en el extranjero?

No Si Nombre _____
¿Qué cargo? _____ Fecha en que dejó el cargo _____

Datos del Apoderado Legal

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)

Nacionalidad	Identificación	No. de Identificación
--------------	----------------	-----------------------

Información Adicional para Personas Físicas

Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
--	--------------------	----------------------------------

Tipo de Identificación que presenta	No. de Identificación	Emisor de la Identificación	¿Validada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	---

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria, en términos de la Ley de Migración:

Residente Temporal

Residente Permanente

Otro _____

Indique su principal ocupación relacionada con su actividad económica / principal fuente de ingresos

Asalariado: Empleado Privado **Ingreso por Honorarios:**

Empleado Público Indique Actividad _____

Actividad Empresarial:

Empresario
Comerciante

Comisionista
Indique _____

Sin Actividad Económica:

Desempleado Ama de Casa
Estudiante

Otros Ingresos:

Jubilado / Pensionado / Retirado

Arrendatario

Inversionista

Otro _____

¿Desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años función pública en México o en el Extranjero?

No Si ¿Qué cargo? _____

Fecha en que dejó el cargo _____

¿Usted es familiar de una persona que desempeñe o haya desempeñado en los últimos dos años alguna función pública en México o en el Extranjero?

No Si ¿Qué cargo? _____

Fecha en que dejó el cargo _____ Parentesco _____

Domicilio del Contratante en México (Si tiene residencia en México o mientras permanece en el Territorio Nacional)

Calle _____ Edificio _____ No. exterior / No. interior _____

Colonia / Fraccionamiento _____

Código Postal _____

Delegación / Municipio _____

Ciudad / Población _____

Entidad Federativa (Estado) _____

País _____

Lada _____

Teléfono _____

Fax _____

Email / Página de Internet _____

Descripción del grupo

Descripción del grupo: _____

Características particulares y/o especiales del grupo: _____

Relación del grupo con el contratante: _____

Esta póliza cubrirá:

a) Personal: Eventual Planta Jubilados b) Créditos c) Otro Especifique: _____

Declaración de las ocupaciones de los participantes, incluyendo lugar habitual de labores, cúmulos posibles, uso de herramientas, maquinaria, materiales y vehículos: _____

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

¿El objetivo de la contratación del seguro es el garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?

Si ¿Cuál? _____ No

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro del grupo a asegurar: _____ %

Número de personas que van a asegurarse y han requisitado y firmado su consentimiento individual: _____ de un total de _____ que conforman el 100 % del grupo.

Anexar detalle con Nombre, Fecha de Nacimiento y Sexo de cada integrante del grupo a asegurar.

Descripción del Seguro Solicitado

Fecha que solicita de Inicio de Vigencia:

Operación del seguro y naturaleza del riesgo por asegurar: Vida (Fallecimiento)

Coberturas Adicionales solicitadas:

Pago de la Suma Asegurada por:

INCP	Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/>
INCT	Incapacidad Total Temporal	<input type="checkbox"/>
DESI	Desempleo Involuntario	<input type="checkbox"/>

Suma(s) Asegurada(s) para cada integrante del Grupo o Regla(s) para determinarla(s):

¿Póliza Auto-administrada? Si No ¿Participación de utilidades
Experiencia Global? Si
No Moneda: Nacional Dólares
(USD) Forma de pago: Anual Semestral Trimestral
Mensual Único **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? Sí No

En caso de haber declarado que sí, proporcionar detalles _____

Cargo Automático en Tarjeta de Crédito / Cuenta de Depósito

Pago mediante tarjeta de Crédito Bancaria

Banco: _____

No. Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: _____
Día Mes Año

Cuenta de Depósito

Banco: _____

No. Cuenta: _____
Invariablemente a 18 posicionesFecha de Vencimiento: _____
Día Mes Año

Por medio del 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) correspondientes de esta póliza de acuerdo a su plan de pago, para que sean abonada(s) en la cuenta de cheques 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 hasta en tanto **Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa** no emita el recibo correspondiente.

En caso de que por cualquier causa la tarjeta de crédito se encuentre excedida en el límite de crédito autorizado, no exista saldo suficiente en mi cuenta bancaria de depósito o tarjeta de débito, o éstas se encuentren canceladas, de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito y/o cheques celebrado(s) o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) dejen de estar en vigor, **Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa** cancelará 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 sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de débito 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 el Banco me entregue la reposición de la citada Tarjeta de Crédito/Débito, obligándome a solicitar nuevamente a **Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa** el servicio de cargo automático una vez que el Banco me entregue la referida reposición.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas imputables al asegurado no puede hacerse el cargo.

Nombre y Firma del Cuentahabiente

Declaratoria del Contratante o Solicitante

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que proporcione 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 con mi consentimiento o el de mi representada 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).

Manifiesto que la 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** y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar y Fecha

Nombre y Puesto del Contratante

Firma del Contratante

Declaratoria de Quien Promueve o Intermedia el Producto

Comentarios u observaciones derivadas de la entrevista durante el llenado del formato o solicitud

Se realizó la visita al Cliente Sí _____ No _____ Resultado de la visita _____

Hago constar que cotejé con su original y/o copia certificada de 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 (Solicitante).

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Agente

Clave

% Comisión Solicitada

“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 23 de julio de 2014, con el número CNSF-S0022-0442-2014; a partir del día 01 de Abril de 2015 con el número RESP-S0022-0238-2015; a partir del día 06 de marzo de 2017 con el número CGEN-S0022-0029-2017 y a partir del día 29 de junio de 2018 con el número CGEN-S0022-0062-2018 . /CONDUSEF-003351-02”