

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

Seleccione el seguro a contratar: Seguro Escolar Seguro colectivo contra Accidentes personales

IMPORTANTE leer antes de llenar este consentimiento: 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 Contratante

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa hace constar que ha recibido un consentimiento para asegurar en la póliza del Seguro Colectivo de Accidentes No.

Denominación o Razón Social

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

RFC con homoclave o IUF

País que asignó el NIF

FIEL

Clave del régimen fiscal

Régimen fiscal

Clave de uso del CFDI

Uso del CFDI

3. Características del seguro solicitado

Categoría

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Muerte accidental (disponible como Básica de 12 a 64 años de edad)	\$ XXX,XXX.XX	No Aplica
Pérdida de miembros por Accidente (disponible como Básica de 3 a 11 años de edad y como Adicional de 12 a 64 años de edad)	Escala: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> \$ XXX,XXX.XX	No Aplica
Reembolso de gastos médicos por Accidente (disponible como Adicional de 3 a 64 años de edad)	\$ XXX,XXX.XX	<input type="text"/> <input type="text"/> ¹ UMAM
Gastos funerarios por Accidente (disponible como Adicional de 12 a 64 años de edad)	\$ XXX,XXX.XX	No Aplica

Vigencia solicitada

/ /

²Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la Colectividad

%

^{1,2} Aplica únicamente para Seguro colectivo contra Accidentes personales

4. Datos generales de los solicitantes

4.1 Solicitante mayor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino

Femenino

Peso (kg)

Estatura (cm)

4.2 Solicitante menor de edad

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Relación o parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino

Femenino

Peso (kg)

Estatura (cm)

5. Cuestionario médico

Sólo debe llenarse este cuestionario cuando:

- 1) Se requiriese el consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad.
- 2) La Suma Asegurada solicitada sea mayor a la de la generalidad de la colectividad asegurada.

¿El solicitante ha sufrido algún accidente?:

Si No

En caso de haber respondido de forma afirmativa, sírvase proporcionar mayor información.

Descripción

Estado actual

5.1 Seguro Escolar

Descripción de la colectividad asegurable

Personal que solicita asegurar:

Alumnos

Opcional profesores

Opcional personal administrativo

Nivel de escolaridad:

Preescolar

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

5.2 Seguro colectivo contra Accidentes Personales

¿Cuál es su ocupación o empleo (sírvase precisar en qué consiste)?

6. Declaraciones del solicitante

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.

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 08 de mayo de 2023, con el número CNSF-S0022-0033-2023, a partir del día 24 de abril de 2023, con el número CNSF-S0022-0034-2023.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso