

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

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 el mismo será aceptado 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 de seguro colectivo de gastos médicos 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 NIF 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 Suma Asegurada para cada integrante de la colectividad o regla para determinarla

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad % Vigencia solicitada

4. Datos generales del solicitante (titular)

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Fecha de nacimiento Sexo: Masculino Femenino Peso (kg) Estatura (cm)

4.1 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

Teléfono fijo Teléfono móvil

Correo electrónico

4.2. Datos generales de solicitantes adicionales (familiares)

Solicitante 2

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Relación o parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Solicitante 3

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Relación o parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Solicitante 4

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Relación o parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Peso (kg)

Estatura (cm)

Solicitante 5

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 se requisiere el consentimiento después de 30 días después de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad y/o la Suma Asegurada solicitada sea mayor a la de la generalidad de la Colectividad Asegurada.

- 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cuestionario médico, en caso contrario no será aceptada esta solicitud.
2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información en los recuadros siguientes y/u hoja adicional.
3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisados por el área de selección médica.

Sección 1

Alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza:

- 1.- ¿Padece actualmente alguna Enfermedad?
2.- ¿Padece alguna Discapacidad, Síndrome o Condición de Salud?
3.- ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?
4.- ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros?
5.- ¿Le han practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?
6.- ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo o estupefacientes, o practica algún deporte peligroso?

Table with 5 columns for Solicitante (1-5) and 2 rows for Si/No, containing grid boxes for responses.

En caso de haber respondido de forma afirmativa a cualquiera de las preguntas del cuestionario médico, sírvase proporcionar mayor información utilizando sólo el renglón correspondiente para cada solicitante.

No. solicitante: Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios:
No. pregunta:
Fecha de diagnóstico Estado actual:
d d / m m / a a a a

No. solicitante: Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios:
No. pregunta:
Fecha de diagnóstico Estado actual:
d d / m m / a a a a

No. solicitante: Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios:
No. pregunta:
Fecha de diagnóstico Estado actual:
d d / m m / a a a a

No. solicitante: Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios:
No. pregunta:
Fecha de diagnóstico Estado actual:
d d / m m / a a a a

6. Declaraciones del solicitante 1 (titular)

Manifiesto que conozco los parámetros que establece esta póliza para ser Asegurado y que cumpla con los mismos, por lo que válidamente puedo formar parte de la Colectividad Asegurada.

Manifiesto que la elección del tipo de seguro y plan contratado se ha realizado tomando en cuenta mis (nuestras) necesidades y los parámetros de la Colectividad Asegurada, por lo que cuando decida(mos) solicitar y contratar los servicios de algún prestador de la Red Médica o de algún otro prestador de servicios, lo haré(mos) considerando mi (nuestra) libertad de elegir y contratar a cualquier persona de mi (nuestra) confianza que me (nos) proporcione los servicios que cubre esta póliza, en razón de lo anterior la Compañía en ningún caso será responsable de los daños y/o perjuicios que dicho colaborador o prestador de servicio que decida(mos) contratar me (nos) ocasione, por lo que es claro que éstos responderán directamente frente ante mi (nosotros) de cualquier daño y/o perjuicio que me (nos) infieran.

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).

Lugar: Fecha:
 d d / m m / a a a a

Nombre y firma del solicitante 1 (titular)

El presente consentimiento individual deberá ser conservado por el Contratante, y deja sin efectos cualquier certificado individual emitido con anterioridad. Asimismo, se llena por duplicado, quedando una copia en poder del Asegurado.

6.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios,

