

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: Comercio Integral (menor a \$30,000,000 M.N.)
 Fórmula Industrial (menor a \$30,000,000 M.N.)

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)

Cliente Inbursa **Identificador comercial¹** **Tipo de persona**
 Física Moral

Denominación o razón social

Primer nombre **Segundo nombre**

Primer apellido **Segundo apellido**

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**

Sexo Femenino Masculino **Estado civil** Casado Soltero **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

Tipo de identificación **Número de identificación** **CURP**

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social **Folio mercantil**

1.2 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

S-CI-03

F-1736 -24 AGOSTO 2023

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? Sí 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? Sí 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. 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

5.1 Ubicación del bien asegurado

Calle

Núm. exterior

Edificio

Núm. interior

Entre calle

y calle

C.P.

Colonia

Alcaldía o municipio

Ciudad o población

Entidad federativa

País

Descripción de la actividad o giro del negocio

5.2 Características del inmueble

Tipo de construcción:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muros y techos macizos | <input type="checkbox"/> Muros macizos y techos de madera |
| <input type="checkbox"/> Muros macizos y techos de lámina de metal, asbesto o teja | <input type="checkbox"/> Muros macizos y techos de lámina de cartón |
| <input type="checkbox"/> Muros macizos y techos de zacate, palma o tejamanil | <input type="checkbox"/> Muros y techos de lámina de metal o asbesto sobre metal |
| <input type="checkbox"/> Muros y techos de lámina de metal o asbesto sobre madera | <input type="checkbox"/> Muros y techos más de 50% madera con tratamiento antifuego |
| <input type="checkbox"/> Muros y techos más de 50% madera sin tratamiento antifuego | <input type="checkbox"/> Muros y techos más de 50% plástico con abertura |
| <input type="checkbox"/> Muros y techos más de 50% plástico sin abertura | <input type="checkbox"/> Tráiler casa rodante |
| <input type="checkbox"/> Sotechado de lámina metálica, asbesto o teja | <input type="checkbox"/> Sotechado de zacate, palma o tejamanil |

Número de pisos:

Planta baja y pisos altos Sótano(s)

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

Año de construcción del inmueble

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

Porcentaje de cristales en fachadas

Suma asegurada⁷ \$
 Sublímite por unidad \$
 Número de cajones

Suma asegurada⁷ \$
 Sublímite por unidad⁸ \$
 Radio de acción para talleres(km)
 Número de cajones

Responsabilidad Civil Arrendatario:

Adicional¹⁰ \$
 Sublímite¹⁰ \$

6 La suma asegurada no deberá ser menor a \$70,000 M.N. y no deberá exceder de \$15,000,000 M.N.

7 La suma asegurada no deberá ser menor a \$50,000 M.N. y no deberá exceder de \$4,800,000 M.N.

8 El sublímite por unidad no deberá exceder de \$500,000 M.N.

9 Sujeta a la autorización técnica

10 Este monto por ningún motivo podrá ser mayor a la suma asegurada de Responsabilidad Civil General

11 Sólo aplica para comercio integral

5.3.4 Sección V

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
V	Rotura de Cristales con espesor mínimo de 4mm ¹²	\$

Coberturas adicionales sección V

Bajo esta cobertura podrá cubrirse vitrales, domos, curvos y los indicados en las Condiciones Generales

Describir bienes en el siguiente recuadro:

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.

12 La suma asegurada total

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

- No deberá exceder el 5% de la suma asegurada de las secciones I y II.

5.3.5 Sección VI

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
VI	Anuncios Luminosos ¹³	\$

Describir bienes en el siguiente recuadro

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.

Coberturas adicionales sección VI

Por Reparaciones, Alteraciones o Mejoras del Anuncio

Motores Eléctricos que Accionan los Anuncios

13 La suma asegurada no deberá exceder de \$600,000 M.N. y deberá corresponder al total del valor unitario de los anuncios descritos.

5.3.6 Sección VII

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
VII	Robo de Mercancías ¹⁴	\$

S-CI-03

F-1736 -24 AGOSTO 2023

Coberturas adicionales sección VII

Objetos de Valor¹⁵ Bajo esta cobertura podrán cubrirse: Artículos raros o de arte y en general aquellos que no sean necesarios a la índole del negocio asegurado y que expresamente se enumeran y especifican en la presente, cuyo valor unitario o por juego sea superior al equivalente de 500 UMAD.	\$
---	----

Robo de lingotes de oro y plata	\$
--	----

Describir bienes en el siguiente recuadro:

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.

14 Considerar que la suma asegurada

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

- No deberá exceder el 35% de la suma asegurada de la sección II.

15 La suma asegurada no deberá exceder de \$150,000 M.N. y deberá corresponder al total del valor unitario de los objetos descritos.

5.3.7 Sección VIII

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
VIII	Dinero y/o Valores ¹⁶	
	Dentro del local	\$
	Fuera del local	\$
	LUC	\$
	Días Preestablecidos (número de días en el año)	
	Nómina	\$
	Aguinaldo	\$
	Utilidades	\$
	Acumulación de Fines de Semana	\$

16 La suma asegurada no deberá exceder de \$360,000 M.N.

Coberturas adicionales sección VIII

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A Bordo del Vehículo | <input type="checkbox"/> Dentro de o en la Vecindad Inmediata |
| <input type="checkbox"/> En Poder de Despachadores | |

Medidas de seguridad secciones VII y VIII

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Horario de labores de 7:00 a 20:00 hrs | <input checked="" type="checkbox"/> Otro de <input style="width: 50px;" type="text"/> a <input style="width: 50px;" type="text"/> hrs. |
| <input type="checkbox"/> Protecciones metálicas | |
| <input type="checkbox"/> Detector de metales | |
| <input type="checkbox"/> Circuito cerrado de televisión | |
| <input type="checkbox"/> Sensores de vibración | |
| <input type="checkbox"/> Alarma con mantenimiento vigente | <input type="checkbox"/> Alarma local <input type="checkbox"/> Alarma central |
| <input type="checkbox"/> Vigilante(s) sin arma de fuego en horas hábiles | <input type="checkbox"/> Vigilante(s) sin arma de fuego las 24 hrs |
| <input type="checkbox"/> Vigilante(s) con arma de fuego en horas hábiles | <input type="checkbox"/> Vigilante(s) con arma de fuego las 24 hrs |
| <input type="checkbox"/> Vigilancia con perro guardián | |

Tiene caja fuerte dentro de la ubicación¹⁷

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Empotrada | <input type="checkbox"/> Tipo maroma | <input type="checkbox"/> Tipo buzón | <input type="checkbox"/> Otro | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|

Transporte de efectivo

Número de personas que transportan efectivo fuera del local

Modo de transporte:

- Automóvil Camión A pie

¿Utilizan algún servicio particular para transporte de efectivo?

Sí No **Razón social**

17 En caso de tratarse de gasolinera queda enterado que para la cobertura de Dinero y/o Valores es obligatorio contar con caja de seguridad tipo buzón o maroma.

5.3.8 Sección IX

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
IX	Rotura de Maquinaria ¹⁸	\$

Describir bienes en el siguiente recuadro

Descripción	Marca	Serie	Potencia	Año de fabricación	Valor de reposición
					\$
					\$
					\$
					\$
Año de fabricación promedio					

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

Coberturas adicionales sección IX¹⁹

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
IX	Derrame de Tanques	\$
	Nuevas Adquisiciones	\$
	Gastos Extraordinarios por Flete Expreso Terrestre y/o Marítimo	\$
	Gastos Extraordinarios por Flete Aéreo	\$

- Explosión Física
 Explosión de Motores de Combustión Interna

18 La suma asegurada no deberá exceder de \$5,000,000 M.N. y deberá corresponder al total del valor de reposición de los equipos descritos.

19 La suma asegurada no deberá ser mayor al 30% de la suma asegurada de la sección IX

5.3.9 Sección X

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
X	Equipo Electrónico ²⁰	
	Administrativo	\$
	Producción	\$
	Médico	\$
	Móvil	\$

20 La suma asegurada no deberá exceder \$5,000,000 M.N.

Describir bienes en el siguiente recuadro

Descripción	Tipo (administrativo, producción, médico o móvil)	Serie	Marca	Año de fabricación	Valor de reposición
					\$
					\$
					\$
					\$

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

Coberturas adicionales sección X²¹

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
X	Antenas	\$
	Equipos Móviles Portátiles	\$
	Gastos de Albañilería, Andamios y Escaleras	\$

S-CI-03

F-1736 -24 AGOSTO 2023

Gastos Extraordinarios por Flete Aéreo	\$
Gastos Extraordinarios por Flete Expreso, Terrestre y/o Marítimo	\$
Incremento de Costo de Operación	\$
Nuevas Adquisiciones	\$

- Cartucho CD Cinta Disco duro portátil
 USB Robo con violencia Robo sin violencia

Periodo de indemnización para las Pérdidas Consecuenciales (meses)

21 La suma asegurada no deberá exceder el 30% de la suma asegurada de la sección X.

5.3.10 Sección XI

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
XI	Calderas y Recipientes sujetos a Presión ²²	\$

Describir bienes en el siguiente recuadro

Descripción	Marca	Serie	Año de fabricación	Valor de reposición
				\$
				\$
				\$
				\$
Máxima capacidad evaporativa (kg de vapor/hora)		Año de fabricación promedio		

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

Coberturas adicionales sección XI²³

Sección	Cobertura	Suma Asegurada
XI	Contenidos en Recipientes Sujetos a Presión	\$
	Gastos Extraordinarios por Flete Aéreo	\$
	Gastos Extraordinarios por Flete Expreso, Terrestre y/o Marítimo	\$
	Nuevas Adquisiciones	\$
	Remoción de Escombros	\$
	Tuberías	\$

22 La suma asegurada no deberá exceder \$5,000,000 M.N. y deberá corresponder al total del valor de reposición de los equipos descritos.

23 La suma asegurada no deberá exceder el 30% de la suma asegurada de la sección XI.

6. Forma de pago

- Cobro bancario:** Si No
Periodo de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Único
Moneda: Nacional Dólares
Recibo: Individual Global (más de una ubicación) 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de cuenta CLABE (18 dígitos)	No. de tarjeta	Vencimiento (mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

7.2 Consulta de historial crediticio

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, consultar mi historial crediticio ante cualquier sociedad de información crediticia, teniendo pleno conocimiento de la naturaleza y alcance de la información que la sociedad proporcionará a dicha institución y del uso que hará de tal información.

Asimismo, autorizo a que dichas consultas las pueda realizar de manera periódica con posterioridad de hasta 3 años contados a partir de la fecha del presente documento o durante la vigencia de mi relación jurídica con esta institución.

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

LUC: Límite Único y Combinado

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 22 de febrero de 1995, con el número D-88-02-95; 7 de marzo de 1995, con el número D-106-03-95/ CONDUSEF- G-00506-002.