

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL EN DÓLARES VIVIR SEGURO

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa  
 Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, México, D.F.

Emisor

**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 generales del solicitante (contratante)

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| ID Cliente Inbursa: | RFC con homoclave |
| Primer nombre       | Segundo nombre    |
| Apellido paterno    | Apellido materno  |

1.1 Generales

|   |   |   |
|---|---|---|
| Fecha de nacimiento   | Entidad federativa de nacimiento                                    | País de nacimiento  |
| Género:   | Estado civil:   | Nacionalidad  |
| <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Soltero | En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:<br><input type="checkbox"/> Residente permanente<br><input type="checkbox"/> Residente temporal<br><input type="checkbox"/> Otra |
| Tipo de identificación  | Número de identificación  |   |
| CURP  | FIEL  |   |
| Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio                      |   |   |

1.2 Domicilio

|                    |                        |          |               |      |
|--------------------|------------------------|----------|---------------|------|
| Calle              | Núm. exterior          | Edificio | Núm. interior | C.P. |
| Colonia            | Delegación o municipio |          |               |      |
| Ciudad o población | Entidad federativa     | País     |               |      |

1.3 Contacto

|                          |                           |                  |
|--------------------------|---------------------------|------------------|
| Teléfono fijo (con lada) | Teléfono móvil (con lada) | Compañía celular |
|--------------------------|---------------------------|------------------|

Correo electrónico

**Inbursa Verde:** Deseo recibir la documentación contractual de este seguro por correo electrónico.  Sí  No

**Radar Inbursa:** Autorizo de manera expresa el envío de avisos a mi teléfono móvil, de acuerdo a lo indicado en la documentación contractual.  Sí  No

1.4 Información adicional

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado 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?  Cónyuge  Concubina  Padre  Madre  Otro

Cargo:  Jefe  Subjefe  Encargado  Otro

Fecha en que dejó el cargo

Nombre(s) y apellidos

F-1905-9

### 1.5 Datos del empleo actual

Nombre de la empresa o entidad donde trabaja \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales \_\_\_\_\_ Teléfono (con lada) \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Describa en que consisten sus actividades \_\_\_\_\_

### 2. Información del seguro a contratar

**IMPORTANTE: 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 nuestra página web [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com)

#### 2.1 Plan solicitado

Plan solicitado:  Básico Individual Plazo del seguro: Un año  
 Básico Conyugal Suma asegurada:  \$100,000 USD  \$50,000 USD  \$25,000 USD

Información del cónyuge (para Plan Conyugal)

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género:  Femenino Ocupación o profesión \_\_\_\_\_  
 Masculino

#### 2.2 Beneficios Adicionales

| Descripción |   | Suma asegurada        |
|-------------|---|-----------------------|
| DICA        | Pago de la suma asegurada por muerte accidental colectiva o de aviación comercial | Misma del Plan Básico |

#### 2.3 Cuestionario médico

Es necesario que conteste en forma completa el siguiente cuestionario; en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias.

**Titular** Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ **Cónyuge** Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

|  |         |         |
|--|---------|---------|
|  | Titular | Cónyuge |
|  | sí no   | sí no   |

- ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente vascular cerebral (trombosis, embolia o hemorragia), infarto al miocardio o insuficiencia coronaria, insuficiencia renal, cáncer o tumor, SIDA, trasplantes de órganos vitales (corazón, hígado, riñones, pulmones, páncreas o médula ósea), parálisis o paraplejía, corazón, circulación o presión arterial alta, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda), diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales?
- ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?
- ¿Ha recibido algún diagnóstico o tratamiento con motivo de un estado de invalidez?
- ¿Participa en paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea?
- ¿Tiene antecedentes penales?
- ¿Fuma?

#### 2.4 Ampliaciones

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas de los cuestionarios anteriores, indique el número de pregunta y proporcione información amplia al respecto (fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios).

| Número de pregunta | Fecha | Solicitante o cónyuge | Información |
|--------------------|-------|-----------------------|-------------|
|                    |       |                       |             |
|                    |       |                       |             |
|                    |       |                       |             |

#### 2.5 Designación de beneficiarios

**ADVERTENCIA:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse, tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

### 2.5.1 Beneficiario 1

Beneficiario irrevocable     Beneficiario revocable    Porcentaje:

Primer nombre  Segundo nombre

Apellido paterno  Apellido materno

Fecha de nacimiento  Relación o parentesco

d  d /  m  m /  a  a  a  a

Calle  Núm. exterior  Edificio  Núm. interior  C.P.

Colonia  Delegación o municipio

Ciudad o población  Entidad federativa  País

Género:  Femenino     Masculino    Beneficiario de:  Titular     Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma de Beneficiario irrevocable

### 2.5.2 Beneficiario 2

Beneficiario irrevocable     Beneficiario revocable    Porcentaje:  %

Primer nombre  Segundo nombre

Apellido paterno  Apellido materno

Fecha de nacimiento  Relación o parentesco

d  d /  m  m /  a  a  a  a

Calle  Núm. exterior  Edificio  Núm. interior  C.P.

Colonia  Delegación o municipio

Ciudad o población  Entidad federativa  País

Género:  Femenino     Masculino    Beneficiario de:  Titular     Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma de beneficiario irrevocable

### 2.5.3 Beneficiario 3

Beneficiario irrevocable     Beneficiario revocable    Porcentaje:  %

Primer nombre  Segundo nombre

Apellido paterno  Apellido materno

Fecha de nacimiento  Relación o parentesco

d  d /  m  m /  a  a  a  a

Calle  Núm. exterior  Edificio  Núm. interior  C.P.

Colonia  Delegación o municipio

Ciudad o población  Entidad federativa  País

Género:  Femenino     Masculino    Beneficiario de:  Titular     Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma de beneficiario irrevocable

#### 2.5.4 Beneficiario 4

|  |   |                                    |                  |      |
|--|---|------------------------------------|------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable                                  | <input type="checkbox"/> Beneficiario revocable | Porcentaje: <input type="text"/> % |                  |      |
| Primer nombre  |   | Segundo nombre                     |                  |      |
| Apellido paterno   |   | Apellido materno                   |                  |      |
| Fecha de nacimiento  |   | Relación o parentesco              |                  |      |
| <input type="text"/> d d / <input type="text"/> m m / <input type="text"/> a a a a |   |                                    |                  |      |
| Calle  | Núm. exterior                                   | Edificio                           | Núm. interior    | C.P. |
| Colonia  |   | Delegación o municipio             |                  |      |
| Ciudad o población   | Entidad federativa                              |                                    | País             |      |
| Género:  |   |                                    | Beneficiario de: |      |
| <input type="checkbox"/> Femenino  |   |                                    | Titular          |      |
| <input type="checkbox"/> Masculino   |   |                                    | Cónyuge          |      |
|  |   | Firma de beneficiario irrevocable  |                  |      |

#### 3. Forma de pago

Periodo de pago:  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

#### 3.1 Llenar en caso de que su pago sea con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta de cheques

|                                     |  |                                |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Banco                               | Nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente |                                |
| Cuenta de cheques                   | Tarjeta de crédito   |                                |
| Número de cuenta CLABE (18 dígitos) | No. de tarjeta:  | Vencimiento                    |
| <input type="text"/>                | <input type="text"/>                                       | <input type="text"/> m m / a a |

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 hasta en tanto Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa no emita 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 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) importé(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 de débito o de cheques 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 o la nueva cuenta de débito o cheques, 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 no imputables a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, no se puede realizar el cargo.

\_\_\_\_\_  
Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

#### 4. 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.

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).

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:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge asegurado

¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

**5. 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) y/o propietario.

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y 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 para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor

**6. Comisiones**

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Asesor 1                              | Asesor 2                              |
| Clave: <input type="text"/>           | Clave: <input type="text"/>           |
| Participación: <input type="text"/> % | Participación: <input type="text"/> % |
| _____<br>Nombre y firma               | _____<br>Nombre y firma               |

**ID Cliente GFI:** Número de identificación de clientes de Inbursa.

**FIEL:** Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs., así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com) o con i-móvil app.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no han sido satisfactorias, puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, México, D.F., con teléfonos de atención en el D.F. y Área Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, o bien a través del correo electrónico [uniesp@inbursa.com](mailto:uniesp@inbursa.com)

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 01 de octubre de 2004, con el número CNSF S0022-0462-2004 y a partir del día 26 de mayo de 2015, con el número CGEN S0022-0002-2015.