



SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

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

Form fields for product selection: Educa, Retiro Activo, Vanguardia, Multivida Total, Valor Inbursa Plus, Otro, ¿Cuál?

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...

"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

Form fields for general data: ID Cliente Inbursa, RFC con homoclave, ¿El contratante es distinto al solicitante?, Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno

1.1 Generales

Form fields for general information: Fecha de nacimiento, Entidad federativa de nacimiento, País de nacimiento, Género, Estado civil, Nacionalidad, En caso de ser de nacionalidad extranjera, Tipo de identificación, Número de identificación, CURP, FIEL, Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio

1.2 Domicilio

Form fields for address: Calle, Núm. exterior, Edificio, Núm. interior, C.P., Colonia, Delegación o municipio, Ciudad o población, Entidad federativa, País

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: Personal Trabajo

1.3 Contacto

Form fields for contact: Teléfono fijo (con lada), Teléfono móvil (con lada), Compañía celular, Correo electrónico

1.4 Información adicional

Form fields for additional information: ¿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?, ¿Quién?, Cargo, Nombre(s) y apellidos, Fecha en que dejó el cargo

F-2197-2 ABRIL 2016

**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

**1.6 Cuestionario FATCA - CRS**

1. ¿Usted cuenta con nacionalidad estadounidense?  Sí  No

2. Liste la(s) nacionalidad(es) con que cuente

3. Indique su(s) ciudadanía(s), en su caso

4. ¿Cuenta con número de identificación fiscal en EE.UU. (TIN)?  Sí  No Tipo de TIN TIN

5. ¿Cuenta con número de identificación fiscal (NIF) asignado por jurisdicción distinta a EE.UU.?  Sí  No

En caso afirmativo indicar:

	NIF	Tipo	País que lo asignó	Domicilio fiscal
1				
2				
3				
4				
5				

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos plasmados en el presente documento son ciertos; así mismo, manifiesto que **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa (Seguros)** hace de mi conocimiento que los datos contenidos en el presente formato tienen la intención de dar cumplimiento a las obligaciones a las que **Seguros** está sujeta, derivado de los acuerdos contraídos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con las autoridades extranjeras, así como los acuerdos internacionales de intercambio de información a que los Estados Unidos Mexicanos está sujeto.

Nombre y firma

**ATIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente para Adopción **ITIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente  
**CRS:** Common Reporting Standard (Norma Común de Informes) **NIF:** Número de Identificación Fiscal  
**FATCA:** Foreign Account Tax Compliance Act **SSN:** Número de Seguridad Social Estadounidense

**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)

Moneda:  Dolares  Moneda nacional ajustable  Moneda nacional creciente\*  Moneda nacional nivelado\* \* Sólo aplica para Multivida Total

**Información del plan**

	Plazo del seguro	Plazo de pago de primas	Suma Asegurada
Educa			
Edad alcanzada del Asegurado Menor (años):	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 15		Fallecimiento Asegurado Titular:
Relación con el Asegurado Menor	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro		Supervivencia del Asegurado Menor:



### 2.3 Sólo para Retiro Activo

**Beneficios adicionales para Retiro Activo después de la fecha de retiro** (en caso de haber seleccionado el Beneficio Básico de Rentas Vitalicias o la opción de Pago en Rentas Mensuales del Beneficio Básico por Supervivencia).

Descripción		Suma asegurada o renta
GF	Gastos Funerarios	veces la renta
PC	Pensión Contingente	% de la renta
PG	Periodo de Garantía	años

**Datos de cónyuge (en caso de haber seleccionado el beneficio adicional RMF o PC)**

Primer nombre  Segundo nombre   
 Apellido paterno  Apellido materno   
 Fecha de nacimiento  Género  Femenino  Masculino Fuma:  Sí  No

### 2.4 Cuestionario

Peso (kg)  Estatura (cm)   
 Es necesario que conteste completamente el siguiente cuestionario, en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias. sí no

1. En los últimos cinco años. ¿Ha consultado a algún médico, ha estado sujeto a algún tratamiento médico, ha estado internado en un hospital o sanatorio o padece alguna incapacidad?
2. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?
3. ¿Alguno de sus abuelos, padres, tíos, hermanos, padecen o han padecido de: Diabetes, cáncer, infarto al miocardio y/o epilepsia?
4. ¿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, 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, diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales, alcoholismo o drogadicción?
5. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones (Osteoporosis, artritis reumatoide, lesiones de los meniscos, deformidades de la columna vertebral y del tórax, lupus, amputaciones, reemplazo articular?
6. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?
7. ¿Se le ha practicado alguna prueba de sangre para detectar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con éste?  
 ¿Cuál fue el resultado y en que fecha se realizó?
8. ¿Practica algún deporte, maneja motocicleta o acostumbra viajar en avión de servicio particular?
9. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, acostumbra fumar o ha usado algún tipo de droga o estupefaciente?
10. ¿Utiliza armas de fuego, maquinaria pesada o de alto riesgo, material peligroso u otros?
11. ¿Realiza Usted alguna actividad relacionada con la producción, distribución o compra-venta de enervantes o estupefacientes?
12. ¿Tiene antecedentes penales?
13. ¿Fuma?

**Preguntas sólo para mujeres** sí no

14. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o cirugía en útero, ovarios, vagina o glándulas mamarias?
15. ¿Está embarazada, se le han practicado cesáreas o ha tenido alguna complicación en algún embarazo?
16. ¿Le han realizado histerectomía?

### 2.5 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	Información



2.6 Datos de los dependientes - sólo en caso de haber seleccionado el beneficio adicional GF

Table with 8 columns: Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno, Fecha de nacimiento, Género (F/M), Parentesco con el solicitante. Rows 1-4.

2.7 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 nombra 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.

2.7.1 Beneficiario 1

Form fields for Beneficiary 1: Beneficiario irrevocable/revocable, Porcentaje, Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno, Fecha de nacimiento, Relación o parentesco, Calle, Núm. exterior, Edificio, Núm. interior, C.P., Colonia, Delegación o municipio, Ciudad o población, Entidad federativa, País, Género (Femenino/Masculino), Firma de Beneficiario irrevocable.

2.7.2 Beneficiario 2

Form fields for Beneficiary 2: Beneficiario irrevocable/revocable, Porcentaje, Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno, Fecha de nacimiento, Relación o parentesco, Calle, Núm. exterior, Edificio, Núm. interior, C.P., Colonia, Delegación o municipio, Ciudad o población, Entidad federativa, País, Género (Femenino/Masculino), Firma de beneficiario irrevocable.

F-2197-2 ABRIL 2016

### 2.7.3 Beneficiario 3

Beneficiario irrevocable     Beneficiario revocable    Porcentaje:

Primer nombre     Segundo nombre

Apellido paterno     Apellido materno

Fecha de nacimiento   /   /

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

Colonia     Delegación o municipio

Ciudad o población     Entidad federativa     País

Género:  
 Femenino  
 Masculino

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

### 3. Otros seguros

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en esta u otra(s) compañía(s), distinto(s) a el(los) que sin costo para usted le hubiere otorgado su empleador o sea(n) accesorio(s) a la adquisición de un producto o servicio tales como tarjetas de crédito o débito? Si la suma asegurada por tales seguros, vigente a la fecha, no excede en conjunto un millón de pesos puede omitir la respuesta.     Sí     No

Compañía	Suma asegurada	Moneda	Año de emisión	Estado actual

¿Ha sido rechazado, extraprimado o le han aplicado algún endoso de exclusión en alguna solicitud de seguro de vida o gastos médicos?     Sí     No

En caso afirmativo, detallar

### 4. Referencias personales

Nombre completo	Domicilio y población	Teléfono

### 5. Forma de pago

Cobro bancario:     Sí     No    Período de pago:     Mensual\*     Trimestral\*     Semestral     Anual

\* No aplica en Valor Inbursa

### 5.1 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   /

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) 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 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

### 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.

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 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 padre, tutor o representante legal(solo en caso de menores)

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado menor (sólo en caso de que sea mayor a 12 años)

### 7. Consentimiento del Solicitante para proporcionar información.

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información 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.

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

### 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) 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

### 9. Comisiones

Asesor 1

Clave:

Participación:    %

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

Comisión para el agente:  Nivelada\*  Decreciente

\* No aplica para Educa y Retiro Activo

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

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

Asesor 2

Clave:

Participación:    %

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

¿Póliza con examen médico?  Sí  No

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 16 de enero de 2006, con el número CNSF-S0022-0617-2005; a partir del día 08 de febrero de 2006, con los números CNSF-S0022-0139-2006 y CNSF-S0022-0140-2006; a partir del día 5 de abril de 2006, con el número CNSF S0022-0623-2005; a partir del día 16 de marzo de 2012, con el número CNSF-S0022-0306-2011; a partir del día 16 de marzo de 2012, con el número CNSF-S0022-0360-2011; a partir del día 20 de junio de 2014, con el número CNSF-S0022-0042-2014; a partir del día 29 de enero de 2003, con el número CNSF-S0022-0099-2003; a partir del día 30 de mayo de 2003, con el número CNSF-S0022-0372-2003 ; a partir del día 1 de octubre de 2004, con el número CNSF-S0022-0462-2004; a partir del día 26 de noviembre de 2009, con el número CNSF-S0022-0534-2009; a partir del día 14 de abril de 2011, con el número CNSF-S0022-0117- 2011; a partir del día 19 de mayo 2014, con el número CNSF-S0022-0161-2014 y a partir del día 26 de mayo de 2015, con el número CGEN-S0022-0002-2015.