

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

Emisor

"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)

Cliente Inbursa: <input type="text"/>	Identificador comercial <input type="text"/>	RFC con homoclave <input type="text"/>
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>	
Apellido paterno <input type="text"/>	Apellido materno <input type="text"/>	

1.1 Generales

Ocupación <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
FIEL <input type="text"/>	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>

1.2 Domicilio y contacto

Calle <input type="text"/>	Núm. exterior <input type="text"/>	Edificio <input type="text"/>	Núm. interior <input type="text"/>
Entre calle <input type="text"/>	y calle <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o municipio <input type="text"/>		
Ciudad o población <input type="text"/>	Entidad federativa <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Teléfono fijo <input type="text"/>	Teléfono móvil <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	

2. Datos del seguro (deberá ser llenado obligatoriamente)

	Modalidad	Plazo de Pago de Prima	Suma Asegurada
Vida Express VTP	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> Años	\$ <input type="text" value="50,000"/>

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura, los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en www.inbursa.com

3. Beneficiarios

Se designa como beneficiario al cónyuge o concubina(rio) del Asegurado, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales. Cuando no exista beneficiario designado el importe correspondiente se pagará a la sucesión del asegurado.

En la modalidad Vida Express VTP Familiar en caso de fallecimiento de alguno de sus dependientes económicos el beneficiario será el asegurado titular.

Las modificaciones en la designación de beneficiarios, deben realizarse por el asegurado mediante el formato vigente.

4. Forma de pago

Período de pago:

Mensual Trimestral Semestral Anual

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 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.

Institución

Cuenta bancaria de depósito número de cuenta CLABE (18 dígitos)

No. de tarjeta de crédito:

Vencimiento

Nombre y firma del tarjetahabiente o
cuentahabiente

5. Declaraciones del solicitante (Contratante)

Para los efectos que pueda tener esta solicitud ratifico que todos mis datos generales son los mismos a los establecidos en la cuenta citada para el pago de primas de la cual soy titular, que todos los datos contenidos en la misma los he dado personalmente y son verídicos y están completos.

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 respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad 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 y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia 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, en mi nombre y representación y en los términos de las disposiciones legales aplicables, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me hayan atendido o que me 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(s) padecimiento(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

Nombre y firma del solicitante (contratante)

5.1 Consentimiento 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 (contratante)

5.2 Consulta 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.

Firma del solicitante (contratante)

6. Entrega de la documentación contractual

Para el caso de que la presente solicitud sea aceptada, deseo recibir la documentación contractual del seguro por escrito, según elijo a continuación:

1) Vía física:

En el domicilio del contratante (señalado en el numeral 1)

En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: _____, ó

2) Vía correo electrónico:

Del Solicitante (señalado en el numeral 1)

7. 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 proponente y/o asegurado y/o solicitante (Contratante).

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, la vigencia del producto, renovación, 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.

Comentarios como resultado de la entrevista

Nombre y firma del asesor

8. Comisiones

Asesor 1

Clave:

Participación: % _____
Nombre y firma

Asesor 2

Clave:

Participación: % _____
Nombre y firma

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

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

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 10 de diciembre de 2019, con el número CNSF-S0022-0576-2019/CONDUSEF-004273-01.