

SOLICITUD DEL SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS

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

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al Contratante 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 Contratante				
Cliente Inbursa	Identificador comercia	al¹ Tipo de per	sona	
		Física	Moral	
Denominación o razón soci	al	20		
Primer nombre	al (1)	Segundo no	ombre	
	10:			
Primer apellido		Segundo ap	pellido	
	79,			
Fecha de nacimiento / cons (dd/mm/aaaa)		derativa de o / constitución	País de nacimiento / constitución	
	··(C)		1,5	
Sexo Estado civil N	acionalidad	En caso de ser de na	acionalidad Residente permanente	
Femenino Casado		extranjera, indique		
Masculino Soltero		migrxatoria en térn		
		Ley de Migración	Otra	
Tipo de identificación	Número de ide	entificación 😯	CURP	
		γ,		
Ocupación, profesión, activ	Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social Folio mercantil			
		Α,		
¹ A ser llenado por el asesor				
	Datos fiscales del con	tratante (debe llena	rse obligatoriamente)	
RFC con homoclave o NIF	País que asignó e	I NIF FIE	il.	
Clave del régimen fiscal	Régimen fiscal			
Clave de uso del CFDI	Uso del CFDI			
1.2 Domicilio y contacto				
Calle			Núm. exterior Edificio Núm. interior	
Entre calle	y calle		C.P. Colonia	

F-2376 SEPTIEMBRE 2023

Alcaldía o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	País	
Teléfono fijo Teléfono móvil Correo electrónico				
Teléfono fijo	Telefono movii	Correo electronico		
	1 3 Inform	Lación adicional		
¿Usted, su cónyuge, concu			ad o afinidad hasta el segundo	
grado, o bien en el caso o	de personas morales algúi	n accionista, socio, asociado	o, alto directivo o miembro del	
-	-		alguna función pública, política,	
judicial o militar de alta jera ¿Quién?	arquia en Mexico o en ei ex Nombre(s) y			
¿Quicii.	itombre(5/)	парстаоз		
Cargo	I	Fecha en	que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)	
	2. Datos del represer	ntante legal del Contratante		
Primer nombre		Segundo nombre		
Primer apellido		Segundo apellido		
Tipo de identificación		Número de identificación		
npo de lacitamenton		Numero de lacitamento		
	3. Información	del seguro a contratar		
	ón de las coberturas ádiciona	les es opcional, mediante el pa	igo de la prima correspondiente.	
			bajo esta solicitud contiene	
		iede consultar en sus resp	ectivas condiciones generales	
disponibles en www.inbu	***	ón de la colectividad		
Descripción de la colectivid		on de la colectividad	, U	
Descripcion de la colectividad desgurable				
	~)	$\mathcal{O}_{\mathcal{O}}$		
¿El objetivo de la contrataci	ón del seguro es el garantiz	zar prestaciones u obligacior	es laborales del Contratante?	
Si No				
¿Cuál(es)?				
		\mathcal{N}_{I}		
C	/	··OX		
Características particulares y/o especiales de la colectividad				
Relación de la colectividad con el Contratante				
Neidelon de la colectividad con el contratante				
Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad				
¿Solicita esta póliza con la intención de cancelar algún otro contrato con otra aseguradora?				
En caso afirmativo, explique el motivo de dicha operación e indique el nombre de la aseguradora				
Assessment of the second of th		do codo intogranto do la colo		

Anexar detalle con nombre, fecha de nacimiento y género de cada integrante de la colectividad.

3.2 Coberturas

Categoría: Se refiere a un grupo de Asegurados respecto del cual se estén contratando diferentes características del seguro, como son coberturas, Sumas Aseguradas y/o Deducibles, asignándoles una categoría distinta, para distinguirlos del resto de la Colectividad Asegurada. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías

Cobertura básica	Categoría	Categoría
Suma Asegurada para cada integrante de la colectividad o regla para determinarla		
Deducible		
Coaseguro	%	%
Modalidad de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos	Amplio Limitado	Amplio Limitado
Tabla de honorarios sólo para plan limitado	A (21 UMAM*) AA (30 UMAM*) AAA (36 UMAM*)	A (21 UMAM*) AA (30 UMAM*) AAA (36 UMAM*)
Coberturas adicionales	Suma Asegurada	Suma Asegurada
Gastos funerarios por Accidente		
Emergencia internacional**		
Cobertura internacional		
Muerte accidental		
Pérdida de miembros por Accidente (sólo si se contrata muercaccidental)		
Enfermedades catastróficas en el extranjero**		
Ambulancia aérea		
Maternidad		
Respaldo médico y bienestar		
* Unidad de Medida y Actualización Mensual, equivalente a 30.4 veces e Actualización (UMA). Para conocer el velor diario de la UMA consulte la ** Incluida cuando se solicita cober una internacional		

3.3 Detalle por categoría

Categoría

Número de personas titulares que van a asegurarse en esta categoría

Número total de Dependientes Económicos que van a asequase en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4			35 - 39		
5 - 9		240	40 - 44		
10 - 14		N N	45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		
25 - 29			60 - 64		
30 - 34			Total		

Categoría

Número de personas titulares que van a asegurarse en esta categoría

Número total de Dependientes Económicos que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4			35 - 39		
5 - 9			40 - 44		
10 - 14			45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		

		1			-	
25 - 29			60 - 6			
30 - 34			Tota	I		
3.4 De	claratoria para la	apreciación d	le cúmulos de ¡	pérdida		
¿Existen actividades que realicen lo	integrantes de	la colectividad	I que se consid	deren determ	inantes para	apreciar la
posibilidad de cúmulos de pérdidas (s	iniestros que ocu	rren de manera	a simultánea)? ☐	Si No	•	·
En caso de de haber declarado que						
The case are maken accountate que	oi, proporcionar	actanes				
	4.5		•			
		a de pago y vi	gencia			
Vigencia solicitada (Sujeta a selecci	ón médica)					
Desde las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)			as 12:00 hrs. del	,		
Tipo de experiencia solicitada	Propia ¿Particip	oación de utilio	dades? Si	¿Póliza auto	administrac	la? Si
			No			No
Forma de pago: Mensual	Trimestral	Semestral	Anual			
Cobro bancario: Si	No		_			
4.1 Llenar en caso de que el pago sea	con cargo a la tarj	eta de crédito d	o cuenta bancai	ria de depósito	o (datos del C	Contratante)
Institución	Razón social o			-		
		×		,		
Cargo a Cuenta bancaria	⊐∟ Tarjeta de crédito					
Número de cuenta CLA	•	~ •	t-a		Vancimia	nto (mm/aa)
Numero de cuenta CLA	be (18 digitos)	No. de tarje	la .		Vencime	/ (IIIIII/aa)
						'
Por medio de la presente autorizo a Seguros Indursa, 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 qu					a su piair ue	e pago, para
El estado de cuenta en el que apare		•		•	pago mient	ras Seguros
Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inburs	a eplite el recibo o	correspondient	e.	_	1	.
El cargo correspondiente al seguro	ntratado se podr	á realizar desde	e el inicio de vig	jenciade la po	óliza hasta la	fecha límite
de pago, de acuerdo al plan de lago		lo que es mi ol	oligación conta	r, durante ese	período, co	n los fondos
suficientes para llevar a cabo et cargo				·		c· · ·
En caso de que por cualquier causa la tarjeta de crédito o la cuenta bancaria de deposito 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 cuidor, 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 mís mediante 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 i		•	•			
El cese de efectos del contrato por f			si por causas r	no imputables	a Seguros I	nbursa, S.A.,
Grupo Financiero Inbursa, no se pued	e realizar el cargo	•				
	Nombrovići	ma dal tarista	hahiontos			
	-	rma del tarjeta uentahabiente				
		ras formas de				

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo al período elegido en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo en www.inbursa.com en el apartado "Pago de Pólizas de Seguros".

Le recomendamos efectuar su pago dentro del término máximo indicado en el aviso de cobro, de lo contrario la póliza cesará sus efectos, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

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 1.2)
En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa
2) Vía correo electrónico
Del Contratante (señalado en el numeral 1.2)
6. 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 m 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, o lo que asumo, por cuenta propia y por cuenta de m representada, cualquier responsabilidad que se genere por actual ante esa institución en contravención a lo dispuesto er este documento y/o en el seguro que se emita en relación cortes a solicitud. Declaro que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inpursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo su contenido, otorgo que consentimiento para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos cortes me se establece en dicho aviso. Asimismo, en caso de que yo hava 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., arupo Financiero Inbursa y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuáles esa institución lo tiene a su disposición. Manifiesto que la elección del tipo de segúp, y plan a contratar se han realizado tomando en cuenta las necesidades y los parámetros de la colectividada aseguraba por lo que en caso de que se llegase a celebrar el contrato de seguro y algúr Asegurado contrat
penales en las que pueden incurrir las personas que permitan a terceros e acceso o uso del contrato sin haberlo declarado que oculten información o presenten información falsa en el uso de este contrato o que actúen como prestanombres de terceros para uso indebido de este contrato. 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 conomidad con ellas. Lugar Fecha (dd/mm/aaaa)
reciia (dd/iiiii/adda)
Nombre y firma del Contratante
6.1 Consentimiento para proporcionar información
Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada 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.

F-2376 SEPTIEMBRE 2023

Nombre y firma del Contratante

7. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al Contratante 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 Contratante.

Manifiesto que he informado al Contratante entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de la rehabilitación, la vigencia del producto, renovación garantizada, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en los consentimientos individuales 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 para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre y firma del asesor					
8. Comisiones					
Porcentaje de comisión del negocio %					
Asesor 1	Asesor 2				
Clave	Clave				
Participación % Nombre y firma	Participación % Nombre y firma				
CEDI: Comprehente Fiscal Digital per Internet	X				

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en lo 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 830 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo destrónico unios pointes como electrónico uniesp@inbursa.com

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Definia de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insugentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. (3)00, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080 con 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 D de diciembre de 2022, con el número PPAQ-S0022-0066-2022/CONDUSEF-006111-01.