CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO COLECTIVO GASTOS MÉDICOS

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

IMPORTANTE leer antes de llenar este consentimiento. 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 el mismo será aceptado 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

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa hace constar que ha recibido un consentimiento para asegurar en la póliza de seguro colectivo de gastos médicos no.

Denominación o razón social

Primer nombre | **Segundo nombre**

Primer apellido | **Segundo apellido**

2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

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. Características del seguro solicitado

Categoría | **Suma Asegurada para cada integrante de la colectividad o regla para determinarla**

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad %

Vigencia solicitada (dd/mm/aaaa)

4. Datos generales del solicitante 1 (titular)

Primer nombre | **Segundo nombre**

Primer apellido | **Segundo apellido**

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | **Sexo** ☐ Femenino ☐ Masculino | **Peso (kg)** | **Estatura (cm)**

4.1 Domicilio y contacto

Calle | **Núm. exterior** | **Edificio** | **Núm. interior**

Entre calle | **y calle** | **C.P.** 12345 | **Colonia**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Alcaldía o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	País

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
1234567890	1234567890	

4.2 Datos generales de solicitantes adicionales (familiares)

Solicitante 2

Primer nombre	Segundo nombre

Primer apellido	Segundo apellido

Relación o Parentesco	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Peso (kg)	Estatura (cm)
		☐ Femenino ☐ Masculino		

Solicitante 3

Primer nombre	Segundo nombre

Primer apellido	Segundo apellido

Relación o Parentesco	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Peso (kg)	Estatura (cm)
		☐ Femenino ☐ Masculino		

Solicitante 4

Primer nombre	Segundo nombre

Primer apellido	Segundo apellido

Relación o Parentesco	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Peso (kg)	Estatura (cm)
		☐ Femenino ☐ Masculino		

Solicitante 5

Primer nombre	Segundo nombre

Primer apellido	Segundo apellido

Relación o Parentesco	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Peso (kg)	Estatura (cm)
		☐ Femenino ☐ Masculino		

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

5. Cuestionario médico

Sólo debe llenarse este cuestionario cuando se requisite el consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad y/o la Suma Asegurada solicitada sea mayor a la de la generalidad de la Colectividad Asegurada.

1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cuestionario médico, en caso contrario no será aceptada esta solicitud.

2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información en los recuadros siguientes y/u hoja adicional.

3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisados por el área de selección médica.

Sección 1

Alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza:

	Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4		Solicitante 5	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. ¿Padece actualmente alguna Enfermedad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Padece alguna Discapacidad, Síndrome o Condición de Salud?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Solicitante 1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No
3. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?										
4. ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros?										
5. ¿Le han practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?										
6. ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo o estupefacientes; o practica algún deporte peligroso?										

Sección 2

¿Ha sido diagnosticado, padece, ha padecido o ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes Enfermedades?

	1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No
7. Tumores, neoplasias o algún tipo cáncer (mama, cervicouterino, de próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros).										
8. Del sistema circulatorio (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, flebitis, várices, hemorroides, entre otras).										
9. Del sistema endócrino (diabetes mellitus, obesidad, tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales, hiperuricemia, entre otras).										
10. Congénitas y/o malformaciones de nacimiento										
11. Del sistema hematopoyético e inmune (anemia, púrpura, defectos de la coagulación, del bazo, lupus, inmunodeficiencias, entre otras).										
12. Infecciosas (tuberculosis, sífilis, encefalitis, meningitis, herpes zoster, hepatitis viral, SIDA, entre otras).										
13. Del sistema nervioso (epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hidrocefalia, encefalopatía, cerebro vascular, de la médula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, retraso mental, entre otras).										
14. Del sistema respiratorio (neumonía, bronquitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras).										
15. Del sistema digestivo (hernia hiatal, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, absceso anal, insuficiencia hepática, pancreatitis, entre otras).										
16. Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras).										
17. Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomérulonefritis, trastornos testiculares o de vejiga, insuficiencia renal, entre otras).										
18. Del sistema osteomuscular (trastornos de columna vertebral o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras).										
19. Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucoma, neuritis óptica, estrabismo, alteraciones de la visión, ceguera, entre otras).										
20. Del oído (vértigo, otitis, otoesclerosis, hipoacusia, entre otras).										
21. ¿Ha sufrido algún accidente que ameritara tratamiento intrahospitalario o quirúrgico (heridas, traumas, fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, entre otros)?										
22. ¿Practica algún deporte peligroso (charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros) o vuela en aeronaves particulares (indicar la frecuencia en la sección de ampliación del cuestionario médico)?										
23. ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?										
24. ¿Otras Enfermedades, afecciones o lesiones diferentes a las señaladas anteriormente?										

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Sección 3

Sírvase contestar sólo en caso de que las personas que van a incluirse en la presente póliza pertenezcan al sexo femenino.

	Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4		Solicitante 5	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
25. ¿Padece, ha padecido o ha estado bajo tratamiento médico quirúrgico por Enfermedades de las glándulas mamarias, útero, ovario o cérvix (miomas, displasia cervical, papiloma, quistes ováricos endometriosis, entre otras)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. ¿Actualmente está embarazada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores (amenaza de aborto o aborto, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, entre otras)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En caso de haber respondido de forma afirmativa a cualquiera de las preguntas del cuestionario médico, sírvase proporcionar mayor información utilizando sólo el renglón correspondiente para cada solicitante.

No. solicitante: ☐ **Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios**

No. pregunta: ☐

Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa) **Estado actual**

No. solicitante: ☐ **Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios**

No. pregunta: ☐

Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa) **Estado actual**

No. solicitante: ☐ **Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios**

No. pregunta: ☐

Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa) **Estado actual**

No. solicitante: ☐ **Nombre de las Enfermedades, lesiones o estudios**

No. pregunta: ☐

Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa) **Estado actual**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

6. Declaraciones del solicitante 1 (titular)

Manifiesto que conozco los parámetros que establece esta póliza para ser Asegurado y que cumplo con los mismos, por lo que válidamente puedo formar parte de la Colectividad Asegurada.

Manifiesto que la elección del tipo de seguro y plan contratado se ha realizado tomando en cuenta mis (nuestras) necesidades y los parámetros de la Colectividad Asegurada, por lo que cuando decida(mos) solicitar y contratar los servicios de algún prestador de la Red Médica o de algún otro prestador de servicios, lo haré(mos) considerando mi (nuestra) libertad de elegir y contratar a cualquier persona de mi (nuestra) confianza que me (nos) proporcione los servicios que cubre esta póliza, en razón de lo anterior la Compañía en ningún caso será responsable de los daños y/o perjuicios que dicho colaborador o prestador de servicio que decida(mos) contratar me (nos) ocasione, por lo que es claro que éstos responderán directamente frente ante mi (nosotros) de cualquier daño y/o perjuicio que me (nos) infieran.

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).

Lugar	**Fecha (dd/mm/aaaa)**

Nombre y firma del solicitante 1 (titular)

El presente consentimiento individual deberá ser conservado por el Contratante, y deja sin efectos cualquier certificado individual emitido con anterioridad. Asimismo, se llena por duplicado, quedando una copia en poder del Asegurado.

6.1 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 este consentimiento 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 1 (titular)

7. Dictamen selección médica

Para uso exclusivo de selección médica

Nombre y firma (sello)

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet.
FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.
NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente.

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 12 de diciembre de 2022, con el número PPAQ-S0022-0066-2022/ CONDUSEF-006111-01.

F-2379 SEPTIEMBRE 2023