

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

DATOS DEL CONTRATANTE Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

Número de póliza:	Número de empleado:	Grupo asegurado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denominación o razón social del contratante:		
<input type="text"/>		
Suma Asegurada o regla para determinarla:		
<input type="text"/>		
Vigencia de la póliza:	Vigencia del certificado:	
De las 00:00 hrs del <input type="text"/> a las 24:00 hrs del <input type="text"/>	De las 00:00 hrs del <input type="text"/> a las 24:00 hrs del <input type="text"/>	

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer nombre:	Segundo nombre:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Primer apellido:	Segundo apellido:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Femenino	Fecha de ingreso al grupo:	Categoría:	Sueldo mensual MN:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.

Nombre completo:	Parentesco:	Porcentaje:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me haya 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 mis (nuestras) enfermedades y/o accidentes anteriores y/o actuales.

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 lo establecido 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 hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

F-448-15 MAYO 2024

Lugar:

Fecha:



Firma del solicitante

Firma del contratante

Seguros Inbursa S.A., Grupo
Financiero Inbursa

El presente consentimiento individual debe ser conservado por el contratante, en caso de controversia respecto a la última designación de beneficiarios se estará a lo establecido en el certificado que derive de este documento, el cual a partir de su emisión deja sin efectos cualquier certificado individual emitido con anterioridad.

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 29 de febrero de 2012, con los números CNSF-S0022-0710-2011 y CNSF-S0022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S0022-0123-2016/CONDUSEF-001856-01 y 001857-01.

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

DATOS DEL CONTRATANTE Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

Número de póliza:	Número de empleado:	Grupo asegurado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denominación o razón social del contratante:		
<input type="text"/>		
Suma Asegurada o regla para determinarla:		
<input type="text"/>		
Vigencia de la póliza:	Vigencia del certificado:	
De las 00:00 hrs del <input type="text"/> a las 24:00 hrs del <input type="text"/>	De las 00:00 hrs del <input type="text"/> a las 24:00 hrs del <input type="text"/>	

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer nombre:	Segundo nombre:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Primer apellido:	Segundo apellido:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Fecha de ingreso al grupo:	Categoría:	Sueldo mensual MN
<input type="text"/>	Femenino Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Cuando esta póliza se haya contratado para garantizar créditos concedidos por el contratante para que le sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total permanente de los acreditados asegurados, se deberá observar lo siguiente:

a) Que la designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

b) Que si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

Cuando la suma asegurada sea una cantidad equivalente al saldo insoluto del crédito, sin fijar una cantidad líquida, se deberá observar lo siguiente:

a) El acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la aseguradora pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios;

b) La aseguradora se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la aseguradora pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto;

c) El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a la aseguradora para que ésta llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente.

Nombre completo:	Parentesco:	Porcentaje:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Firma del solicitante

Firma del contratante

Seguros Inbursa S.A., Grupo
Financiero Inbursa

El presente certificado individual debe ser conservado por el Asegurado y deja sin efectos cualquier certificado individual emitido con anterioridad.

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 29 de febrero de 2012, con los números CNSF-S0022-0710-2011 y CNSF-S0022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S0022-0123-2016/CONDUSEF-001856-01 y 001857-01.

CLÁUSULAS PRINCIPALES DE LAS CONDICIONES GENERALES

Altas. Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Bajas en el Grupo Asegurado. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Cualquier restitución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Cuando los integrantes del Grupo Asegurado contribuyan en el pago de la prima y alguno de ellos no cubra al contratante la parte a que se hubiese obligado, éste último podrá solicitar a la Compañía la baja de esta póliza del Asegurado de que se trate.

Derecho a seguro individual. Cuando el objeto de este Contrato sea otorgar una prestación laboral a cargo del Contratante, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir Cobertura Adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud al a Aseguradora, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (en lo sucesivo referida como "La Comisión"). El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.