

6.1 Uso principal

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 101 Particular / Transporte propio | <input type="checkbox"/> 108 Servicio de mudanza | <input type="checkbox"/> 113 Público foráneo 1a clase ³ |
| <input type="checkbox"/> 102 Taxi / Ruleteo / Colectivo / Sitio ³ | <input type="checkbox"/> 109 Mensajería / Reparto | <input type="checkbox"/> 114 Público federal |
| <input type="checkbox"/> 103 Ambulancia | <input type="checkbox"/> 110 Patrulla | <input type="checkbox"/> 115 Público foráneo 2a clase ³ |
| <input type="checkbox"/> 104 Renta diaria | <input type="checkbox"/> 111 Suburbano ³ | <input type="checkbox"/> 116 Privado de carga |
| <input type="checkbox"/> 105 Auto escuela | <input type="checkbox"/> 112 Transporte público urbano ³ | <input type="checkbox"/> 117 Seguridad privada |
| <input type="checkbox"/> 106 Transporte escolar / personal / empleados ³ | <input type="checkbox"/> 120 Seguro privado de pasajeros ³ | |
| <input type="checkbox"/> 107 Turismo ³ | | |

³ Usos de vehículo en los cuales se puede contratar también el Seguro de Responsabilidad Civil para el Viajero.

Descripción de equipo especial, adaptaciones y/o conversiones

Indicar el tipo de mercancía específica que transporta (sin generalidades)

Para ser llenado por el agente: A B C

7. Información del seguro a contratar

IMPORTANTE: La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.
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 www.inbursa.com

7.1 Autotal

Coberturas del seguro (deberá ser llenado obligatoriamente)

Cobertura (Seleccione el paquete de coberturas a contratar)	<input type="checkbox"/> Amplia plus	<input type="checkbox"/> Amplia	<input type="checkbox"/> Limitada	<input type="checkbox"/> Reducida	<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil
Daños materiales ⁴	✓ Deducible 5%		x	x	x
Robo total ⁴	✓ Deducible 10%			x	x
Responsabilidad civil por daños a Terceros bienes/personas	✓ Suma Asegurada \$3,000,000 MN				
Extensión de responsabilidad civil y defensa legal	✓	✓	✓	✓	✓
Gastos médicos y funerarios (para ocupantes y conductor)	✓ Suma Asegurada \$125,000 MN				
Autotal eco	✓	✓	x	x	x
Cobertura de la cláusula adicional de asistencia	✓		✓	✓	✓
Paquete plus	✓	x	x	x	x

⁴ Coberturas a valor comercial

Llenar sólo en caso de otra combinación de coberturas, suma asegurada, deducible o si desea alguna cobertura adicional

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Para Autos, Motos, Pickups y Camiones		
<input type="checkbox"/> Daños materiales	<input type="checkbox"/> Valor convenido <input type="checkbox"/> Valor factura <input type="checkbox"/> Valor comercial	<input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Robo total	<input type="checkbox"/> Valor convenido <input type="checkbox"/> Valor factura <input type="checkbox"/> Valor comercial	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil por daños a Terceros bienes/personas	<input type="text"/>	UMA
<input type="checkbox"/> Gastos médicos y funerarios	<input type="text"/>	} Mismo deducible de daños materiales y/o robo total
<input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o Conversiones (adjuntar factura)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Equipo Especial (adjuntar factura)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Accidentes al Conductor	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Exceso de responsabilidad civil por fallecimiento	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Equipo satelital	<input type="text"/>	

Para Autos y Pickups de uso particular

- Extensión de responsabilidad civil y defensa legal
- Autotal eco
- ELID: Eliminación del Deducible
- Paquete plus
- Agencia más
- Robo parcial
- Valor factura 2° año
- Auto sustituto

Para Camiones

- Responsabilidad civil daños por la carga UMA
- Responsabilidad civil daños ecológicos UMA
- Responsabilidad civil doble Remolque UMA
- Responsabilidad civil Límite Único y Combinado (LUC)⁵
- Remolque Indistinto UMA
- Doble Remolque Indistinto UMA

⁵ Seleccionar esta cobertura cuando se desee LUC para las coberturas de responsabilidad civil.

7.2 Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular

Cobertura	Límite máximo de responsabilidad	Deducible
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil por daños a personas (lesiones y muerte)	\$ 100,000	0.00

7.3 Responsabilidad Civil para el Viajero ⁶

Suma asegurada por pasajero 3,160 UMA 5,000 UMA Otra UMA

Número de pasajeros ⁶ Sujeto a suscripción automóviles.

8. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada

Desde las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)

- ¿Desea domiciliar el pago de su prima?
- Sí
 - No
- Renovación automática ⁷
- Sí
 - No

hasta las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)

- Período de pago
- Mensual
 - Trimestral
 - Semestral
 - Anual

⁷ Sólo aplica en caso de que el pago sea con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito.

8.1 Llenar en caso de que el pago sea con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito (datos del Contratante)

Institución Razón social o nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente

Cargo a Cuenta bancaria Tarjeta de crédito

Número de cuenta CLABE (18 dígitos) No. de tarjeta Vencimiento (mm/aa)

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 mientras Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa emite 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 bancaria 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 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.

Nombre y firma del tarjetahabiente o cuentahabiente _____

8.2 Otras formas de pago

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.

9. 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 solicitante (señalado en el numeral 1.2)

En el domicilio del Contratante (señalado en el numeral 2.1)

En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa _____, o

2) Vía correo electrónico

Del solicitante (señalado en el numeral 1.2)

Del Contratante (señalado en el numeral 2.1)

10. Declaraciones del solicitante (Contratante) / propietario

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 habré 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 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).

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 (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del propietario

10.1 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.

Nombre y firma del Contratante

11. 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).

Manifiesto que he informado al solicitante de manera amplia y detallada, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada, las principales características del producto, su vigencia, las consecuencias de su rehabilitación, los salvamentos, la renovación automática, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, así como el tipo de autorización, el número y la 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, aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Declaro haber inspeccionado el vehículo objeto de este aseguramiento y confirmo que dicho vehículo se encuentra en perfectas condiciones y sin daño al momento de contratar este seguro: Sí No

Nombre y firma del asesor

Inspección del vehículo y observaciones

12. Comisiones

Asesor 1

Clave

Participación %

Nombre y firma

Asesor 2

Clave

Participación %

Nombre y firma

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet.

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente.

UMA: Unidad de Medida y Actualización.

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 07 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0022-0288-2022, del día 30 de junio de 2022, con el número CNSF-S0022-0294-2022, del día 23 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0022-0411-2022, del día 02 de enero de 2023, con el número CNSF-S0022-0012-2023 / CONDUSEF-G-00338-008.

Ejemplar informativo

Prohibido su uso