

Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse

"Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8 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 o su(s) Beneficiario(s), en su caso, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será admitida por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

No. de Empleado	Grupo	Empresa	Sucursal
-----------------	-------	---------	----------

Datos Generales del Solicitante (Contratante)

Apellido Paterno		Materno		Nombre(s)	
R.F.C.:			CURP:		
Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
Nacionalidad:			Ocupación / Profesión:		

Información Adicional

El Solicitante, su Cónyuge, algún asociado o familiar por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado, función pública alguna en el extranjero o en territorio Nacional en el último año. Sí No ¿Quién? _____

Nombre(s) y Apellidos _____ Definir Cargo _____

Principal Actividad Económica: _____ Identificación que presenta: _____ No. de Identificación: _____

Domicilio del Solicitante (contratante)

Calle:		Edificio:	No. Exterior/No. Interior
Colonia/Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación/Municipio:	
Ciudad/Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	
Lada	Teléfono No.:	Fax:	E-Mail/Página de Internet:

Datos del Plan Solicitado NIVELADO

Prima Mensual	Capital Garantizado	Plazo de Pago	Edad de Retiro
<input type="checkbox"/> \$ 300.00	\$ _____	10 Años	65 Años
<input type="checkbox"/> \$ 400.00	\$ _____		
<input type="checkbox"/> \$ 500.00	\$ _____		
<input type="checkbox"/> \$ _____	\$ _____		

CRECIENTE

Capital Garantizado para el Retiro	Plazo para Retiro del Capital	Plazo de Pago
\$ _____	a edad 50 <input type="checkbox"/>	a edad 60 <input type="checkbox"/>
	a edad 55 <input type="checkbox"/>	a edad 65 <input type="checkbox"/>
	a 20 años de vigencia de la póliza <input type="checkbox"/>	
		10 Años <input type="checkbox"/>
		20 Años <input type="checkbox"/>

Beneficio Adicional

BITP Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Suma Asegurada
BIT Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	Misma fallecimiento
	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionario para el Solicitante (Contratante)

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Indique su peso y estatura: kgs. _____ mts. _____ | | |
| 2. A usted le ha sido diagnosticado o esta bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente Vascular Cerebral (Trombosis, Embolia o Hemorragia), Infarto al Miorcardio o Insuficiencia Coronaria, Insuficiencia Renal, Cáncer o Tumor, SIDA, Transplantes de Órganos Vitales (Corazón, Hígado, Pulmones, Páncreas o Médula Ósea), Parálisis o Paraplejía, Corazón, circulación o presión arterial alta, Enfisema, Asma o cualquier otra enfermedad del pulmón (salvo Bronquitis Aguda), Diabetes, Hígado, Riñones o Úlceras Gástricas o Duodenales, Vesícula Biliar, Próstata, Intestinos u Organos Sexuales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad ginecológica en útero, actualmente está embarazada o ha tenido alguna complicación durante sus embarazos? Responder solo en caso de ser mujer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Desempeña alguna de las siguientes actividades? Electricista, marinero, minero, pescador, piloto, policía de cualquier tipo, guardaespaldas, repartidor en motocicleta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ampliaciones

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores indicar su número y proporcionar amplia información al respecto, como fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios.

Número de Pregunta	Fecha	Información

Designación de 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 los padres del Asegurado por partes iguales.
 Cuando no exista Beneficiario designado el importe correspondiente se pagará a la sucesión del Asegurado.

Forma de Pago de Primas

Cobro Bancario Si No Anual Semestral Trimestral Mensual

Datos para cargar la Prima en Tarjeta de Crédito Bancaria o Cuenta de Depósito

Pago mediante Tarjeta de Crédito Bancaria	Cuenta de Depósito
Banco: _____	Banco: _____
No. Tarjeta: _____	No. de Cuenta o No. CLABE: (Clave Bancaria Estandarizada) (Invariablemente 18 dígitos)
Fecha de Vencimiento: _____ MES AÑO	Plaza: _____ Sucursal: _____ (Plaza y Sucursal indicarlo con número)

Por medio del 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) a la póliza que en su caso emita de acuerdo a su plan de pago, para que sean 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** 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 cuenta de crédito bancaria (tarjeta de crédito) o la cuenta bancaria de depósito, no cuenten con saldo suficiente, o se encuentren canceladas de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito celebrado(s) o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) dejen 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 sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de cancelación de mi cuenta de depósito o crédito 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 el banco me entregue la reposición de la citada tarjeta de crédito o la nueva cuenta de depósito o crédito, obligándome a solicitar nuevamente a **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** el servicio de cargo automático una vez que el banco me entregue la referida reposición o la nueva cuenta.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas imputables al pagador de las primas no puede hacerse el cargo.

Nombre y Firma del Cuentahabiente

Declaratoria del Solicitante (Contratante)

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** y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar y fecha de solicitud

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Población y Estado _____

Firma del Solicitante (Contratante)

Declaratoria de Quien Promueve o Intermedia el Producto

Comentarios u observaciones derivados de la entrevista durante el llenado del formato o solicitud.

Se realizó la visita al Cliente Sí No Resultado de la Visita _____

Hago constar que cotejé con su original y/o copia certificada de 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/Solicitante/Asegurado.

Nombre y Firma del Agente

Para aspectos internos de la Compañía

Clave del agente	Nombre	Situación	% de participación	Firma

Correo Electrónico _____ ¿Póliza con examen médico? Sí NO

