

**SOLICITUD DE SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL**

Patrimonial Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, México, D.F.

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

"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."

Datos del solicitante

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	Edad
	Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero	Nacionalidad
En caso de ser mujer, ¿está embarazada? ☐ Sí ☐ No		
Ciudad y estado de nacimiento		

Datos laborales

Nombre de la empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión u ocupación principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describa en qué consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores

Domicilio particular

Calle	Num. Ext.	Núm. Int.	Colonia	Ciudad o población
Municipio o delegación				
Estado				
C.P.				
Teléfono particular	Teléfono oficina	Correo electrónico		

Datos del Contratante (en caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre (apellido paterno, materno y nombre(s)) y/o razón social	Relación con el solicitante
RFC con homoclave	CURP
Nacionalidad	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Correo electrónico	Teléfono particular

Domicilio particular

Calle	Num. Ext.	Núm. Int.	Colonia	Delegación o municipio
Ciudad o población				
Estado				
C.P.				

Datos del plan

Nombre del plan	Suma Asegurada (elegir sólo una opción):	Forma de pago
Temporal a 5 años, renovable	☐ 100,000 M.N. ☐ 200,000 M.N. ☐ 300,000 M.N.	Anual

Datos de los Beneficiarios

Advertencias: 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 nombre 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.

Nombre(s) del(los) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

Otros seguros de vida (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? ☐ Sí ☐ No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

Cuestionario médico

Peso (kg) Talla (cm)

¿Fuma?	Sí	No
¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?	☐	☐
1. Diabetes	☐	☐
2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma	☐	☐
3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus	☐	☐
4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática	☐	☐
5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón	☐	☐
6. Insuficiencia renal o pancreatitis	☐	☐
7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral	☐	☐
8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH	☐	☐

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique

--

Autorización

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Patrimonial Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Patrimonial Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Patrimonial Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa, la información de su conocimiento y que a su vez Patrimonial Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y fecha

--

Firma del Contratante

Firma del Solicitante



Para aspectos internos de la compañía

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud 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 de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del agente	Porcentaje	Clave

Nombre completo del promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del agente

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? ☐ Sí ☐ No

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no han sido satisfactorias, puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, México, D.F., con teléfonos de atención en el D.F. y Área Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, 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), con domicilio en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F. Teléfonos 53 40 09 99 y 01 800 999 80 80, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página en internet www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Estandarizado Temporal de Vida Individual a 5 años renovable quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de octubre de 2009, con el número CNSF-S0006-0733-2009./CONDUSEF-001773-01.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso