

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

Emisor

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 de alguno de los datos solicitados.

**Autorización**

**IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud.** 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 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."**

**1. Datos del solicitante**

Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido paterno		Apellido materno	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Género	Edad	Estado civil
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero
Nacionalidad	Ciudad y estado de nacimiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**1.1 Datos laborales**

Nombre de la empresa donde trabaja		RFC con homoclave	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Profesión u ocupación principal		CURP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre de su puesto y en que consisten sus labores		Grupo de la empresa	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio del lugar de trabajo			
<input type="text"/>			
Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores	Empresa en que desempeña su labor	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**1.2 Domicilio particular**

Calle	Núm. exterior	Núm. interior	C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Delegación o municipio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ciudad o población	Entidad federativa		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**1.3 Contacto**

Teléfono fijo (con lada)	Teléfono móvil (con lada)	Compañía celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico		
<input type="text"/>		

**2. Datos del contratante (en caso de ser diferente al solicitante)**

Denominación o razón social	
<input type="text"/>	
Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación con el solicitante

Género  Femenino  
 Masculino

RFC con homoclave  CURP  Nacionalidad

**2.2 Domicilio Particular**

Calle  Núm. exterior  Núm. interior  C.P.   
Colonia  Delegación o municipio   
Ciudad o población  Entidad federativa

**2.3 Contacto**

Teléfono fijo (con lada)  Teléfono móvil (con lada)  Compañía celular   
Correo electrónico

**3. Datos del plan**

Seguro Básico de Accidentes Personales Suma Asegurada (moneda nacional): Elegir sólo una opción. ( ) 100,000  
( ) 200,000  
Forma de pago ANUAL

**4. Datos de los 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 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.

**4.1 Beneficiario**

Primer nombre  Segundo nombre   
Apellido paterno  Apellido materno   
Relación o parentesco  Participación % de la Suma Asegurada

**4.2 Otros seguros de Vida o Accidentes Personales**

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra Compañía? Sí  No  Compañía  Suma Asegurada   
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí  No  En caso afirmativo, ¿por qué motivo?   
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Estado Actual	Plan

**5. Declaración del asegurado**

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno. He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

Lugar:

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**6. Consentimiento para proporcionar información**

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) 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 acción comercial.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

**7. 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) y/o propietario. Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de rehabilitación, la vigencia del producto, renovación automática, 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 y firma del asesor

Comentarios como resultado de la entrevista

**8. Para aspectos internos de la Compañía**

Clave del agente	Nombre	% de participación	Firma

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs., así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com).

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, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas, o bien a través del correo electrónico [uniesp@inbursa.com](mailto:uniesp@inbursa.com). O bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://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 Básico Estandarizado de Accidentes Personales” quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de enero de 2016, con el número CNSF-S0022-0013-2016/CONDUSEF-000837-01”.**