

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

 Emisor  


**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 (Contratante)**

Cliente Inbursa <input type="text"/>	Identificador comercial <sup>1</sup> <input type="text"/>	Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Denominación o razón social <input type="text"/>			
Primer nombre <input type="text"/>		Segundo nombre <input type="text"/>	
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento / constitución (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	Entidad Federativa de nacimiento / constitución <input type="text"/>	País de nacimiento / constitución <input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Nacionalidad <input type="text"/>	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otra
Tipo de identificación <input type="text"/>	Número de identificación <input type="text"/>	CURP <input type="text"/>	

<sup>1</sup> A ser llenado por el asesor

**1.1 Domicilio y contacto**

Calle <input type="text"/>	Núm. exterior <input type="text"/>	Edificio <input type="text"/>	Núm. interior <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Entre calle <input type="text"/>	y calle <input type="text"/>			
Colonia <input type="text"/>	Alcaldía o municipio <input type="text"/>			
Ciudad o población <input type="text"/>	Entidad Federativa <input type="text"/>	País <input type="text"/>		
Teléfono fijo <input type="text"/>	Teléfono móvil <input type="text"/>			
Correo electrónico <input type="text"/>				

 En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México:  Personal  Trabajo

**1.2 Ocupación o actividad económica (debe llenarse obligatoriamente)**

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social <input type="text"/>				Folio mercantil <input type="text"/>
En caso de que su actividad económica / principal fuente de ingresos sea una de las siguientes, indique cual:				
<input type="checkbox"/> Empleado Pemex	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Profesor	<input type="checkbox"/> Ministro religioso	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Empleado CFE	<input type="checkbox"/> Piloto / sobrecargo	<input type="checkbox"/> Notario	<input type="checkbox"/> Investigador académico	

### 1.3 Información adicional

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero?

Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaa) \_\_\_\_\_

Nombre(s) y apellidos \_\_\_\_\_

### 2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

RFC con homoclave o NIF \_\_\_\_\_ País que asignó el NIF \_\_\_\_\_ FIEL \_\_\_\_\_

Clave del régimen fiscal \_\_\_\_\_ Régimen fiscal \_\_\_\_\_

Clave de uso del CFDI \_\_\_\_\_ Uso del CFDI \_\_\_\_\_

### 3. Datos del propietario (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona:  Física  Moral RFC con homoclave o NIF \_\_\_\_\_ País que asignó el NIF \_\_\_\_\_

Denominación o razón social \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / constitución (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Entidad federativa de nacimiento / constitución \_\_\_\_\_ País de nacimiento / constitución \_\_\_\_\_

Sexo  Femenino  Masculino Estado civil  Casado  Soltero Nacionalidad \_\_\_\_\_ En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:  Residente permanente  Residente temporal  Visitante  Otra

Tipo de identificación \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ FIEL \_\_\_\_\_

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social \_\_\_\_\_ Folio mercantil \_\_\_\_\_

#### 3.1 Domicilio y contacto

Calle \_\_\_\_\_ Núm. exterior \_\_\_\_\_ Edificio \_\_\_\_\_ Núm. interior \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Entre calle \_\_\_\_\_ y calle \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía o municipio \_\_\_\_\_

Ciudad o población \_\_\_\_\_ Entidad federativa \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México:  Personal  Trabajo

### 4. Datos del representante legal del solicitante (Contratante)

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Tipo de identificación \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

## 5. Datos del vehículo de uso particular (deberá ser llenado obligatoriamente)

Seleccione el tipo de su vehículo:

Automóvil  Pickup

Número de serie

Número de motor

Placas

Marca de fábrica

Tipo de carrocería

Modelo

Equipo de fábrica

Clave Vehicular (a ser llenado por el agente)

Pasajeros

Transmisión:  Automática  Estándar

Cilindraje:  4  6  8  Otro

Combustible:  Gasolina  Gas  Diesel  Eléctrico

## 6. Información del seguro a contratar

**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](http://www.inbursa.com)

### 6.1 Autotal GAP

#### Seguro de Protección Garantizada (Autotal GAP)

## 7. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada:

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

### 7.1 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 prima correspondiente de la póliza, para que sea abonada en la cuenta que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa indique.

El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de la prima hará prueba plena de pago mientras Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa envíe 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 importe de la prima correspondiente.

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 prima correspondiente 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

### 7.2 Otras formas de pago

Usted podrá liquidar su prima en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo en [www.inbursa.com](http://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.

## 8. 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 1.1)  
 En el domicilio del Contratante (señalado en el numeral 3.1)  
 En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: \_\_\_\_\_, o

2) Vía correo electrónico:

- Del solicitante (señalado en el numeral 1.1)  Del Contratante (señalado en el numeral 3.1)

## 9. Declaraciones de solicitante/Contratante

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.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, entenderá Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar:

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del propietario

Nombre y firma del Contratante

### 9.1 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

## 10. 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, 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

--

## 11. 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

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 9000 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](http://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 Blanca, 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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y en [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, 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 25 de enero de 2023, con el número CNSF-S0022-0448-2022.