

Patrimonial Inbursa, S.A.

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	
Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento	Género	Edad	Estado civil
	☐ Femenino ☐ Masculino		☐ Casado ☐ Soltero
Nacionalidad	Ciudad y estado de nacimiento		

1.1 Datos laborales

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

1.2 Domicilio particular

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

1.3 Contacto

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

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

Denominación o razón social	
Primer nombre	Segundo nombre
Apellido paterno	Apellido materno

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 prevén en 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?

Si ☐
No ☐

Compañía

Suma Asegurada

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?

Si ☐
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 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.**, 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.**, 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.**, la información de su conocimiento y que a su vez **Patrimonial Inbursa, S.A.**, 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:

Fecha

dd/mm/aaaa

Firma del contratante

Firma del solicitante

6. Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Patrimonial Inbursa, S.A. 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 Patrimonial Inbursa, S.A., 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.

Firma del solicitante

Firma del contratante

7. Declaraciones de quien promueve 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 dejarla 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.

Comentarios como resultado de la entrevista

Nombre y firma del asesor

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.

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. 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.

“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 10 de marzo de 2016, con el número CNSF-S0006-0235-2016/CONDUSEF-001805-01”.