

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México.

Emisor

Seleccione el seguro a contratar:
☐ **Accidentes Escolares**
☐ **Accidentes Personales**

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al Contratante 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 generales del contratante

ID Cliente GFI:

Tipo de persona:

☐ Física

☐ Moral

Denominación o razón social

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

1.1 Generales

Fecha nacimiento/constitución

Entidad Federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

Género:

☐ Femenino

Estado Civil:

☐ Casado

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración

☐ Masculino

☐ Soltero

☐ Residente permanente

☐ Residente temporal

Tipo de identificación

Número de identificación

☐ Otra

CURP

FIEL

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio.

Folio mercantil

1.2 Domicilio

Calle

Núm. Exterior

Edificio

Núm. Interior

C.P.

Colonia

Delegación o Municipio

Ciudad o Población

Entidad Federativa

País

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

☐ Personal

☐ Trabajo

1.3 Contacto

Teléfono fijo (con lada)

Teléfono móvil (con lada)

Compañía Celular

Correo electrónico

1.4 Información adicional del Contratante

¿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

/ /

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 representante legal del contratante

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Tipo de identificación

Numero de identificación

4. Información del seguro a contratar

IMPORTANTE: 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 nuestra página web www.inbursa.com

4.1 Descripción de la colectividad

Descripción de la colectividad asegurable

¿El objetivo de la contratación del seguro es el garantizar prestaciones u obligaciones laborales del Contratante?

☐ Si ☐ No

¿Cuál(es)?

Características particulares y/o especiales de la colectividad

Relación de la colectividad con el Contratante

¿Solicita esta póliza con la intención de cancelar algún otro contrato con otra aseguradora? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique el motivo de dicha operación e indique el nombre de la aseguradora

Anexar detalle con nombre, fecha de nacimiento y género de cada integrante de la colectividad.

4.1.1 Accidentes Escolares

Personas que solicita asegurar: ☐ Alumnos ☐ Opcional Profesores ☐ Opcional Personal Administrativo

Nivel de Escolaridad: ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Universidad

4.1.2 Accidentes Personales

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad %

4.2 Coberturas

Categoría: Se refiere a un grupo de Asegurados respecto del cual se estén contratando diferentes características del seguro, como son coberturas, sumas aseguradas y/o deducibles, asignándoles una categoría distinta, para distinguirlos del resto de la Colectividad Asegurada. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías.

Coberturas Básicas	Categoría	Categoría
Muerte Accidental (de 12 a 64 años de edad)		
Suma Asegurada	\$ XXX,XXX.XX	\$ XXX,XXX.XX
Deducible	No Aplica	No Aplica
Pérdida de Miembros por Accidente (de 3 a 11 años de edad)	Escala A ☐ B ☐	Escala A ☐ B ☐
Suma Asegurada	\$ XXX,XXX.XX	\$ XXX,XXX.XX
Deducible	No Aplica	No Aplica
Coberturas Adicionales		
Pérdida de Miembros por Accidente (de 12 a 64 años de edad)	Escala A ☐ B ☐	Escala A ☐ B ☐
Suma Asegurada	\$ XXX,XXX.XX	\$ XXX,XXX.XX
Deducible	No Aplica	No Aplica
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (de 3 a 64 años de edad)		
Suma Asegurada	\$ XXX,XXX.XX	\$ XXX,XXX.XX
Deducible	^{1,2} UMAM	^{1,2} UMAM
Gastos Funerarios por Accidente (de 3 a 11 años de edad)		
Suma Asegurada	\$ XXX,XXX.XX	\$ XXX,XXX.XX
Deducible	No Aplica	No Aplica

¹ Aplica únicamente para Accidentes Personales Colectivo

² Unidad de Medida y Actualización Mensual, equivalente a 30.4 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA). Para conocer el valor diario de la UMA consulte la página <http://www.inegi.org.mx>.

4.3 Detalle por categoría

Categoría

Número de personas que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4			35 - 39		
5 - 9			40 - 44		
10 - 14			45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		
25 - 29			60 - 64		
30 - 34			Total		

Categoría

Número de personas que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4			35 - 39		
5 - 9			40 - 44		
10 - 14			45 - 49		
15 - 19			50 - 54		
20 - 24			55 - 59		
25 - 29			60 - 64		
30 - 34			Total		

4.4 Declaratoria para la apreciación de cúmulos de pérdida

¿Existen actividades que realicen los integrantes de la colectividad que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas (sinistros que ocurren de manera simultánea)?

☐ Sí ☐ No

En caso de haber declarado que sí, proporcionar detalles:

5. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada: Desde las 12:00hrs. del: / / hasta las 12:00hrs. del: / /

Tipo de experiencia solicitada: ☐ Propia ☐ Global

**¿Participación de utilidades? ☐ Sí ☐ No

Forma de pago: Único

**¿Póliza autoadministrada? ☐ Sí ☐ No

Cobro bancario: ☐ Si ☐ No

** Para Accidentes Escolares NO hay Participación de Utilidades y la póliza siempre será Autoadministrada.

5.1 Llenar en caso de que el pago sea con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta de cheques del contratante.

Banco Razón social o nombre(s) y apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente

Cuenta de cheques

Tarjeta de crédito

Número de cuenta CLABE (18 dígitos)

No. de tarjeta:

Vencimiento

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(s) prima(s) correspondiente(s) de la póliza que se emita de acuerdo a su plan de pago, para que sea(n) 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 tarjeta de crédito o la cuenta de cheques no cuente con saldo suficiente o se encuentre cancelada, de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de cheques 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 (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 efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de cancelación de mi cuenta de cheques 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 cheques, 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.

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.

Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

5.2 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo vía internet en 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.

6. 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:

- ☐ En el domicilio del contratante (señalado en el numeral 1.2)
- ☐ En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa:

7. Declaraciones del 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 conforme se establece en dicho aviso.

Asimismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros miembros de la Colectividad, me obligo a hacer del conocimiento de esos miembros de la Colectividad 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 estado de salud.

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

Lugar:

Fecha

d	d	/	m	m	/	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre y firma del Contratante

7.1 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 prospección comercial.

Nombre y firma del Contratante

8. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al Contratante 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 Contratante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, la vigencia del producto, renovación, la importancia de declarar en los espacios correspondientes que aparecen 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

9. Comisiones

Porcentaje de comisión del negocio %

Asesor 1

Asesor 2

Clave:

Clave:

Nombre y firma

Nombre y firma

Participación: %

Participación: %

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

NIF: Número de Identificación Fiscal y/o equivalente

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o 01 800 90 90000 desde el Interior de la República con lada sin costo las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

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 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 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

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 08 de enero de 2018, con el número CNSF-S0022-0007-2018/ CONDUSEF-001105-04, a partir del día 08 de enero de 2018, con el número CNSF-S0022-0009-2018/ CONDUSEF-001060-04, a partir del día 24 de febrero de 2021, con el número RESP-S0022-0007-2021, a partir del día 29 de junio de 2022, con el número RESP-S0022-0005-2022.