

☐ 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

RFC con homoclave o NIF

País que asignó el NIF

☐ Moral

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

Estado civil

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

Municipio 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. Contacto en caso de siniestro

En caso de siniestro y para dar seguimiento por reparación del vehículo, comunicarse con:

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

5. Datos del representante legal del solicitante (Contratante)

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Tipo de identificación Número de identificación

6. Beneficiario preferente

Nombre(s) y apellidos / Denominación o razón social

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

Entre calle y calle

Colonia Alcaldía o municipio

Ciudad o población Entidad federativa País

Fecha de nacimiento / constitución (dd/mm/aaaa)

¿Tendrá el carácter de irrevocable? ☐ Sí ☐ No

7. Datos del vehículo (deberá ser llenado obligatoriamente)

Seleccione el tipo de su vehículo:

☐ Automóvil ² ☐ Pickup ☐ Remolque ☐ Microbús ² ☐ Autobús ²

☐ Dolly ☐ Tractocamión ☐ Camión ☐ Motocicleta centímetros cúbicos

Clase: ☐ Nacional ☐ Importado ☐ Fronteriza ☐ Antiguo

² Tipo de vehículos que pueden contratar también el Seguro de Responsabilidad Civil para el Viajero.

Unidad fronteriza, importado, antiguo, motocicleta, microbús o autobús; especificar el valor conforme al avalúo (el cual debe ser anexado):

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

7.1 Uso principal

☐ 101 Particular / Transporte propio ☐ 107 Turismo ³ ☐ 112 Público foráneo 1a clase ³

☐ 102 Taxi / Ruleteo / Colectivo / Sitio ³ ☐ 108 Servicio de mudanza ☐ 114 Público federal

☐ 103 Ambulancia ☐ 109 Mensajería / Reparto ☐ 115 Público foráneo 2a clase ³

☐ 104 Renta diaria ☐ 110 Patrulla ☐ 116 Privado de carga

☐ 105 Auto escuela ☐ 111 Suburbano ³ ☐ 117 Seguridad privada

☐ 106 Transporte escolar / Personal / Empleados ³ ☐ 112 Transporte público urbano ³ ☐ 120 Servicio privado de pasajeros ³

³ Usos de vehículo en los cuales se puede contratar también el Seguro de Responsabilidad Civil para el Viajero

Descripción de equipo especial, adaptaciones y/o conversión

Indicar el tipo de mercancía específica que transporta (sin generalidades)

Para ser llenado por el agente: ☐ A ☐ B ☐ C

8. Información del seguro a contratar

IMPORTANTE: La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

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

8.1 Autotal

Coberturas del seguro (deberá ser llenado obligatoriamente)

Cobertura (Seleccione el paquete de coberturas a contratar)	☐ Amplia plus	☐ Amplia	☐ Limitada	☐ Reducida	☐ Responsabilidad civil
--	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Daños materiales ⁴	✓ Deducible 5%	X	X	X	
Robo total ⁴	✓ Deducible 10%		X	X	
Responsabilidad civil por daños a Terceros bienes/personas	✓ Suma Asegurada \$3,000,000 MN				
Extensión de responsabilidad civil y defensa legal	✓	✓	✓	✓	✓
Gastos médicos y funerarios	✓ Suma Asegurada \$125,000 MN				X
Autotal eco	✓	✓	X	X	X
Cobertura de la cláusula adicional de asistencia	✓	✓	✓	✓	✓
Paquete plus	✓	X	X	X	X

⁴ Coberturas a valor comercial.

Llenar sólo en caso de otra combinación de coberturas, suma asegurada, deducible o si desea alguna cobertura adicional

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Para Autos, Motos, Pickups y Camiones		
☐ Daños materiales	☐ Valor factura ☐ Valor convenido ☐ Valor comercial	☐ 5% ☐ Otro ☐ %
☐ Robo total	☐ Valor factura ☐ Valor convenido ☐ Valor comercial	☐ 10% ☐ Otro ☐ %
☐ Responsabilidad civil por daños a Terceros bienes/personas		☐ UMA
☐ Gastos médicos y funerarios		
☐ Adaptaciones y/o Conversiones (adjuntar factura)		} Mismo deducible de daños materiales y/o robo total
☐ Equipo Especial (adjuntar factura)		
☐ Accidentes al Conductor		
☐ Exceso de responsabilidad civil por fallecimiento		
☐ Equipo satelital		

Para Autos y Pickups de uso particular		
☐ Extensión de responsabilidad civil y defensa legal		
☐ Autotal eco		
☐ ELID: Eliminación del Deducible		
☐ Paquete plus		
☐ Agencia más		
☐ Valor factura 2° año		
☐ Auto sustituto		

Para Camiones		
☐ Responsabilidad civil daños por la carga		UMA
☐ Responsabilidad civil daños ecológicos		UMA
☐ Responsabilidad civil doble Remolque		UMA
☐ Responsabilidad civil Límite Único y Combinado (LUC) ⁵		
☐ Remolque Indistinto		UMA
☐ Doble Remolque Indistinto		UMA

⁵ Seleccionar esta cobertura cuando se desee LUC para las coberturas de responsabilidad civil

8.2 Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Vehicular

Cobertura	Límite máximo de responsabilidad	Deducible
☐ Responsabilidad civil por daños a personas (lesiones y muerte)	\$100,000	0.00

8.3 Responsabilidad Civil para el Viajero ⁶

Suma asegurada por pasajero: ☐ 3,160 UMA ☐ 5,000 UMA ☐ Otra: UMA

Número de pasajeros:

⁶ Sujeto a suscripción automóviles.

9. 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)

¿Desea domiciliar el pago de su prima? ☐ Sí ☐ No

Período de pago:

Renovación automática⁷: ☐ Sí ☐ No

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

⁷ Sólo aplica en caso de que el pago sea con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria de depósito.

9.1 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:	Número de cuenta CLABE (18 dígitos)	No. de tarjeta	Vencimiento (mm/aa)
☐ Cuenta bancaria			
☐ Tarjeta de crédito			

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 mientras Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa emite 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 (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 bancaria de depósito, 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 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

9.2 Otras formas de pago

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

10. 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)

11. Declaraciones del solicitante (Contratante) / propietario

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 habrá 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.

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 (nuestras) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

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 (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del Propietario

Nombre y firma del Contratante

11.1 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

12. 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, la vigencia, las consecuencias de su rehabilitación, los salvamentos, la renovación automática, 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 agente

Inspección del vehículo y observaciones

13. Comisiones

Agente 1

Clave:

Participación: %

Nombre y firma

Agente 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
UMA: Unidad de Medida y Actualización

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 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 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 Pobre, 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

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 y en www.condusef.gob.mx

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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 12 de 03 de 2025, con el número CNSF-S0022-0095-2025