



Emisor

"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."

Ciente Inbursa	Identificador comercial ¹	RFC con homoclave
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	

1.1 Generales

Fecha de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento		País de nacimiento	
Género	Estado civil	Nacionalidad	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:		
☐ Femenino	☐ Casado		☐ Residente permanente		
☐ Masculino	☐ Soltero		☐ Residente temporal		
Tipo de identificación	Número de identificación		☐ Visitante		
			☐ Otra		
CURP	FIEL				
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio					

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				

Nombre(s) y apellidos

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 generales de solicitantes adicionales (familiares)

En caso de que algún(os) integrante(s) de la familia tenga(n) dirección diferente a las señaladas en los numerales "1.2 Domicilio y contacto" o "4.1 Domicilio y contacto", se deberá notificar por escrito a la Compañía y anexar el comprobante de domicilio correspondiente. Los hijos deberán ser solteros, menores de 25 años y no percibir ingresos por trabajo personal.

Solicitante 2

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha de nacimiento

/ /

CURP

Nacionalidad

Segundo nombre

Apellido materno

Género

☐ Masculino

☐ Femenino

RFC con homoclave

Relación o parentesco

Solicitante 3

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha de nacimiento

/ /

CURP

Nacionalidad

Segundo nombre

Apellido materno

Género

☐ Masculino

☐ Femenino

RFC con homoclave

Relación o parentesco

Solicitante 4

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha de nacimiento

/ /

CURP

Nacionalidad

Segundo nombre

Apellido materno

Género

☐ Masculino

☐ Femenino

RFC con homoclave

Relación o parentesco

Solicitante 5

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha de nacimiento

/ /

CURP

Nacionalidad

Segundo nombre

Apellido materno

Género

☐ Masculino

☐ Femenino

RFC con homoclave

Relación o parentesco

4. Datos generales del Contratante (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante 1 (titular))

Tipo de persona:

☐ Física

☐ Moral

Identificador comercial ¹

RFC con homoclave

Cliente Inbursa

Denominación o razón social

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha nacimiento/constitución

/ /

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Estado civil

☐ Casado

☐ Soltero

Tipo de identificación

CURP

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

FOLIO MERCANTIL

Entidad federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

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

☐ Residente permanente

☐ Residente temporal

☐ Visitante

☐ Otra

Número de identificación

FIEL

Folio mercantil

¹ A ser llenado por el Asesor

5. ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo, estupefacientes o sustancias psicotrópicas?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sección 2

¿A alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza le ha sido diagnosticado, padece o ha padecido o ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

Solicitante:

	1		2		3		4		5	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
6. Tumores o neoplasias (cáncer: de mama, cervicouterino, de próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Del sistema circulatorio (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, flebitis, várices, hemorroides, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Del sistema endocrino (diabetes mellitus, obesidad, tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales, hiperuricemia, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Congénitas y/o malformaciones de nacimiento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Del sistema hematopoyético e inmune (anemia, púrpura, defectos de la coagulación, del bazo, lupus, inmunodeficiencias, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Infecciosas (tuberculosis, sífilis, encefalitis, meningitis, herpes zoster, hepatitis viral, SIDA, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Del sistema nervioso (epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hidrocefalia, encefalopatía, cerebrovascular, de la médula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, retraso mental, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Del sistema respiratorio (neumonía, bronquitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Del sistema digestivo (hernia hiatal, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, absceso anal, insuficiencia hepática, pancreatitis, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomerulonefritis, trastornos testiculares o de vejiga, insuficiencia renal, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Del sistema osteomuscular (trastornos de columna vertebral o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucoma, neuritis óptica, estrabismo, alteraciones de la visión, ceguera, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Del oído (vértigo, otitis, otoesclerosis, hipoacusia, entre otras).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ¿Ha sufrido algún accidente que ameritara tratamiento intrahospitalario o quirúrgico (heridas, traumas, fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, entre otros)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ¿Practica algún deporte peligroso (charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros) o vuela en aeronaves particulares (indicar la frecuencia en la sección de ampliación del cuestionario médico)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ¿Otras enfermedades, afecciones o lesiones diferentes a las señaladas anteriormente?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 3

Sírvase contestar sólo en caso de que las personas que van a incluirse en la presente póliza pertenezcan al género femenino.

Solicitante:

	1		2		3		4		5	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
24. ¿Padece, ha padecido o ha estado bajo tratamiento médico quirúrgico por enfermedades de las glándulas mamarias, útero, ovario o cérvix (miomas, displasia cervical, papiloma, quistes ováricos endometriosis, entre otras)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ¿Actualmente está embarazada?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores (amenaza de aborto o aborto, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, entre otras)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En caso de haber respondido de forma afirmativa a cualquiera de las preguntas del Cuestionario Médico, sírvase proporcionar mayor información utilizando sólo el renglón correspondiente para cada solicitante.

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de diagnóstico

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de diagnóstico

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de diagnóstico

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de diagnóstico

8. Hábitos generales

Solicitante	Peso (kg)	Estatura (cm)	Fuma		¿Desde qué año?	Número y frecuencia de cigarros				¿Toma alcohol?	¿Desde qué año?	Número y frecuencia de copas				
			sí	no		Núm.	D	M	A			Núm.	D	M	A	
1			☐	☐						☐						
2			☐	☐						☐						
3			☐	☐						☐						
4			☐	☐						☐						
5			☐	☐						☐						

Fecha de evaluación

Nombre y firma del evaluador

9. Información complementaria del seguro

Fecha para reconocimiento de antigüedad*: Tarifa por zona:

*Se requiere anexar carátula que acredite la antigüedad y último comprobante de pago a la fecha de esta solicitud.

10. Forma de pago y vigencia

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

**Sujeta a selección médica

Periodo de pago:

¿Desea domiciliar el pago de su prima?: ☐ Sí ☐ No ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

10.1 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

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 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.

Firma del titular habiente o cuentahabiente

10.2 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.

11. 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 1.2) ☐ En el domicilio del Contratante (señalado en el numeral 4.1)
☐ En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: _____
- 2) ☐ Vía correo electrónico
☐ Del solicitante (señalado en el numeral 1.2) ☐ Del Contratante (señalado en el numeral 4.1)

12. Declaraciones del solicitante 1 (titular) / 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 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 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

d

d

/

m

m

/

a

a

a

a

Firma del solicitante 1 (titular)

Firma del padre, tutor o representante legal (solo en caso de menores)

Firma del Contratante

12.1 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.

Firma del solicitante

Firma del Contratante

13. 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, 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.

Comentarios como resultado de la entrevista

Nombre y firma del asesor

14. 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 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

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 27 de agosto de 2020, con el número CNSF-S0022-0116-2020/CONDUSEF-002130-02, a partir del día 24 de febrero de 2021, con el número RESP-S0022-0005-2021, a partir del día 29 de junio de 2022, con el número RESP-S0022-0006-2022, a partir del día 02 de enero de 2023, con el número MODI-S0022-0007-2023.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso