

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR SEGAM PLUS

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

IMPORTANTE leer antes de Ilenar 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 generales del solicitante 1 (titular) (Contratante) RFC on homoclave Cliente Inbursa Identificador comercial indo nombre Primer nombre ellido materno Apellido paterno A ser llenado por el Asesor Entidad federativa de padimiento País de nacimiento Fecha de nacimiento Nacionalidad 🖎 caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria Género Estado civil en términos de la Ley de Migración: Femenino Casado Residente permanente Masculino Soltero Residente temporal Tipo de identificación Número de identificación Visitante CURP FIEL Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio 1.2 Domicilio v contacto Edifici Calle Núm. exterior Núm. interior C.P. y calle Entre calle Alcaldía o municipio Colonia Ciudad o población Entidad federativa País Teléfono fijo Teléfono móv Correo electrónico Información adicional ¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado 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? No ¿Quién? Fecha en que dejó el cargo Cargo: Nombre(s) y apellidos 2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

FIEL

País que asignó el NIF

Régimen fiscal

Uso del CFDI

RFC con homoclave o NIF

Clave del régimen fiscal

Clave de 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 Segundo nombre Primer nombre Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad Género Masculino RFC con homoclave Fecha de nacimiento d d / m m / a a a a Femenino **CURP** Relación o parentesco Solicitante 3 Segundo nombre Primer nombre Apellido materno Apellido paterno Fecha de nacimiento Nacionalidad Masculino RFC con homoclave d / m m / a a a Femenino **CURP** elación o parentesco Solicitante 4 Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad Fecha de nacimiento Género Masculino RFC con homoclave d d / m m / a a Femenino **CURP** Relación o parentesco Solicitante 5 Primer nombre Segundo nombre Apellido materno Apellido paterno Nacionalidad Fecha de nacimiento Género Mascumo RFC con homoclave d d / m m / a Fiminino alonlesco **CURP** Relación o 4. Datos generales del Contratante (llénese sólo en casa de que sea distinto al solicitante 1 (titular)) con homoclave Tipo de persona: **Física** Identificador comercial Cliente Inbursa Moral Denominación o razón social Segundo nombre Primer nombre Apellido paterno Apellido materno Fecha nacimiento/constitución Entidad federativa de nacimiento/constitución País de nacimiento/constitución Estado civil Nacionalidad En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria Género en términos de la Ley de Migración: Femenino Casado Residente permanente Masculino Soltero Residente temporal Tipo de identificación Número de identificación Visitante **CURP** FIEL

Folio mercantil

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

¹ A ser llenado por el Asesor

| 4.1 Domicilio y | | |
|--|--|--|
| Calle Núm. exterio | Edificio Núm. inter | ior C.P. |
| | | |
| Entre calle y c | lle | |
| Calaria | nicinia | |
| Colonia Alcaldía o m | nicipio | |
| Ciudad o población Entidad federativa | País | |
| Ciddad o posiación Entidad rederativa | 1 413 | |
| En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido co | ebrar un contrato en México: | Personal Trabajo |
| Teléfono fijo Teléfono móvil | estar dir contrato en Mexico. | |
| Tolsions injo | | |
| Correo electrónico | | |
| | | |
| 4.2 Información | dicional | |
| ¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de co | sanguinidad o afinidad hasta | el segundo grado, o bien en el |
| caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto d | ectivo o miembro del consejo | de administración desempeña |
| o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública | política rudicial o militar | |
| de alta jerarquía en México o en el extranjero? | 10 | |
| ¿Quién? | | |
| Cargo: | Fed | cha en que dejó el cargo |
| | | |
| Nombre(s) y apellidos | | |
| | | |
| 5. Datos del representante | | |
| Primer nombre Se | undo nombre | |
| | | |
| Apellido paterno Ap | lido materno | |
| Tipo de identificación Número de identific | oión | |
| Namero de identificación interpretario de identificación inter | Cion | |
| Información del se | ro a contrator | |
| | ilo a contratai | |
| | | |
| IMPORTANTE: La contratación de la loberturas adicionales es | | |
| IMPORTANTE: La contratación de la coberturas adicionales es EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor | | |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES Exproducto que se puede cor | ratar bajo esta solicitud con | tiene exclusiones y/o límites |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispond | tiene exclusiones y/o límites |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispond | tiene exclusiones y/o límites |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disponib pásica | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disponib pásica | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguinda Honorarios médicos y/o quirúrgicos | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguina Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguita Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| Características: Suma asegunya Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Titular | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunara Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Suma asegurada 1. Titular Titular Titular y cónyuge | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporib pásica or Reembolso Deducik | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Suma asegurada 1. Suma asegurada 1. Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporto pásica or Reembolso Deducit | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com cle Coaseguro |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular Titular Titular Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporto pásica or Reembolso Deducit licionales médico | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com ole Coaseguro \[\begin{array}{c} Vostage of the content of the c |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguitata Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular Titular Titular Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues | ratar bajo esta solicitud con liciones generales disporto pásica or Reembolso Deducit licionales médico | tiene exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com ole Coaseguro \[\begin{array}{c} Vostage of the content of the c |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue str. nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispento pásica or Reembolso Deducit licionales médico onario médico, en caso contra | crio no será aceptada |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguitata Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular Titular Titular Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispento pásica or Reembolso Deducit licionales médico onario médico, en caso contra | crio no será aceptada |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EL producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue str. nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispento pásica or Reembolso Deducit licionales médico onario médico, en caso contra | crio no será aceptada |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunada Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario 1. Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la | médico contración en los recuadros s | crio no será aceptada siguientes y/u hoja |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue str. nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. | médico contración en los recuadros s | crio no será aceptada siguientes y/u hoja |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES El producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunda Honorarios médicos y/o quirúrgicos G.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue str. nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional. | médico onario médico, en caso contra onformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisiones disciones de la contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del la contr | cipe exclusiones y/o límites les en www.inbursa.com Coaseguro % Ario no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES Exproducto que se puede con de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas con 6.1 Cobertura Características: Suma aseguinda Honorarios médicos y/o quirúrgicos 9.1. Gastos funerarios Suma asegurada 9.2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada 9.3. Titular 9.4. Titular 9.5. Titular 9.5. Todos los asegurados de 20 años y mayores 9.5. Cue str. nario 1.5. Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicide selección médica. | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES E producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura 6.1 Cobertura Características: Suma aseguitara Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stit nario 1. Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | circo no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES E producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura 6.1 Cobertura 6.2 Coberturas a Honorarios médicos y/o quirúrgicos Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada 1. Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stit nario 1. Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES Exproducto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguiro a Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada Suma asegurada Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favos de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? 2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES Exproducto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguira Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 2. Enfermedades graves (SEVI) Suma asegurada Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stix nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favos de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? 2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? 3. ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES Exproducto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma aseguiro a Honorarios médicos y/o quirúrgicos 6.2 Coberturas a 1. Gastos funerarios Suma asegurada Suma asegurada Suma asegurada Titular Titular Titular y cónyuge Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stic nario 1) Responda marcando con una X todas las preguntas de este cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favos de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? 2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES E producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunada Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular 1. Titular 1. Titular 2. Titular 2. Todos los asegurados de 20 años y mayores 1. Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adic de selección médica. Secció 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? 2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? 3. ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros? | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES E producto que se puede cor de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas cor 6.1 Cobertura Características: Suma asegunada Honorarios médicos y/o quirúrgicos 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Gastos funerarios Suma asegurada 1. Titular 1. Titular 1. Titular 2. Titular 2. Todos los asegurados de 20 años y mayores 7. Cue stir nario 1. Responda marcando con una X todas las preguntas de esta cues esta solicitud. 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la adicional. 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adio de selección médica. Secció 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? 2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? 3. ¿Le han practicado y/o tiene pendientes pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, | ratar bajo esta solicitud con liciones generales dispondo pásica or Reembolso Deducib licionales médico onario médico, en caso contra nformación en los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadros sonal proporcionada serán revisión de los recuadros de los recuadro | rio no será aceptada siguientes y/u hoja sados por el área inte: 3 4 5 |

| 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 sí no | 2 sí no | 3 sí no | 4 sí no | 5 sí no | | |
| Tumores o neoplasias (cáncer: de mama, cervicouterino, de próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros). | | | | | | | |
| 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, cerebri vascular, de la médula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, retraso mental, entre otras). | | | | | | | |
| 13. Del sistema respiratorio (neumonía, bro quitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras). | | | | | | | |
| 14 .Del sistema digestivo (hernia hiàtal, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, ábsceso anal, insuficiencia hepática, pancreantis, entre otras). | | | | | | | |
| 15. Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras). | | | | | | | |
| 16. Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomérulonefritis, trastornos testiculares o de vejiga, insuficiencia renal, entre otras). | | | | | | | |
| 17. Del sistema osteomuscular (trastornos de columna vertebro o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras). | | | | | | | |
| 18. Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucomo 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 | | - | ente póliza | pertenezcan | al género |
|--|-----------------|--------------|---------------------------|----------------|------------|
| femenino. | Solid 1 | citante: | lo | I 4 | l <u>E</u> |
| | sí no l | ∠ sí no | sí no | sí no | 5 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 | s del Cuest | ionario Médi | co, sírvase pr | oporcionar |
| mayor información utilizando sólo el renglón correspondiente para ca | ıda solici anı |). | | | |
| No. Solicitante: Nombre de las er | nfermedades, | lesiones o | estudios | | |
| | X | | | | |
| No. Pregunta: | | -1 | | | |
| Fecha de diagnóstico | estado actu | iai | | | |
| | , | | | | |
| No. Solicitante: Nombre de las er | ifermedades, | lesiones o | estudios | | |
| No. Pregunta: | | | | | |
| Fecha de diagnóstico | Estado actu | ıal | | | |
| | | | | | |
| No. Solicitante: Nombre de las er | nfermedades, | lesiones o | estudios | | |
| | | | | | |
| No. Pregunta: Fecha de diagnóstico | Catada aatu | ıal | | | |
| d d / mm / a a a a | Estado actu | lai | | | |
| No. Solicitante: Nombre de las er | fermedades | lesiones o | o Ciu | | |
| | ileimedades, | 100101100 | 3000 | | |
| No. Pregunta: | | | | | |
| Fecha de diagnóstico | Estado actu | ial | | | |
| 8. Hábitos gei | nerales | | | | |
| : Doedo Número v | • | esde | Númei | O V | |
| Estatura Fuma qué frecuencia de | Stories (S | qué | frecuenc | • | |
| Solicitante (Kg) (cm) que medicinal de año? cigarros | alcohol? | año? | copa | ıs | |
| sí no Núm. D M A | A s no | | Núm. D | | =Diario |
| | | | $\perp \perp \perp \perp$ | | =Mensual |
| 2 | | | \square | | =Anual |
| 3 | <u> </u> | | | | |
| | - - - - - | | | | |
| 5 Facha d | le evaluación | | | | |
| dd//n | | а | Nombre v fi | rma del evalua | ador |
| 9. Información compleme | entaria del s | eguro | rtombre y n | ima aci evalue | adoi |
| | a Tarifa po | _ | | | |
| *Se requiere anexar carátula que acredite la antigüedad y último com | | | echa de esta | solicitud. | |
| 10. Forma de pago | y vigencia | | | | |
| Vigencia solicitada**: Desde las 12:00 hrs. del: d d / m m / a | a a a hast | a las 12:00 | hrs. del: | d / m m / | a a a a |
| **Sujeta a selección médica | | P | eriodo de pa | go: | |
| ¿Desea domiciliar el pago de su prima?: Sí No | Men | | rimestral | Semestral | Anual |
| 10.1 Llenar en caso de que el pago sea con cargo a la tarjeta | | o cuenta b | ancaria de d | depósito (date | os del |
| Contratan | | riotobobis: | to o ouest-l | achiente | |
| Institución: Razón social o nombre(s) y a | pellidos del ta | arjetanabler | ne o cuentar | iablefile | |
| Número de cuenta CLABE (18 dígitos) No. de tarjeta: | | | Ven | cimiento | |
| | | | | /aa | |
| | | | 223, 223 | | |

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 cita da 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 opera a se por causas no imputables a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, no se puede realizar el cargo.

Firma del tarjet habiente o cuentahabiente

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 Bancon er. También puede realizarlo en www.inbursa.com en el apartado "Pago de Pólizas de Seguros".

Le recomendamos efectuar su paro tentro del término máximo indicado en el Aviso de Cobro, de lo contrario la póliza cesará sus efectos, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

| 11. Entroga de la Documentación Contractair |
|--|
| Para el caso de que la presen e solicitud sea aceptada, deseo recibir la documentación contractual del seguro por escrito, según |
| elijo a continuación: |
| 1) Vía física |
| En el domicilio del socitante (señalado en el numeral 1.2) |
| En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: |
| 2) Vía correo electrónico |
| Del solicitante (señalado en el numeral 1.2) |
| 12. Declaraciones del solicitar e 1 (titular) / Contratante |

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información (o cocumentos 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 Firma del padre, tutor o representante Firma del solicitante 1 (titular) Firma del Contratante legal (solo en caso de menores) 12.1 Consentimiento para proporcionar información Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utiliza mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como ara 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 cualquita 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 producto (debe ser llenado obligatoriamente) Declaro que durante el llenado del resente formato entrevisté personalmente al solicitante y rapo constar que cotejé con su original la documentación referda el este documento y que informaré a esa institución innediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier combio en la información contenida en el mismo, con el proposito de actualizar el expediente del solicitante (Contratante). Mi pri esto que he informado al solicitante, entre otras cosas: e la concerción de la cobertura (forma de conservarla o darla por tenginada), las principales características del producto, consequencias de rehabilitación, la vigencia del producto, renovación automatica, 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 vigenda de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio, y que carezco de faceltades 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 2 Asesor 1 Clave: Clave: Participación % Nombre y firma Participación % Nombre y firma **CFDI:** Comprobante Fiscal Digital por Internet FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

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.

NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente

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.

22-06
22-06
22-06
22-06
22-06
22-06 Prohibido sulleso