

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

Emisor

Seleccione el seguro a contratar: Inburmedic Quirúrgico Plus Inburmedic Quirúrgico 20
 Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro) Segucáncer

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

1. Datos generales del solicitante (Contratante)

Cliente Inbursa Identificador comercial¹ RFC con homoclave o NIF País que asignó el NIF
 Primer nombre Segundo nombre
 Apellido paterno Apellido materno

¹ A ser llenado por el asesor

1.1 Generales

Fecha de nacimiento Entidad federativa de nacimiento País de nacimiento
 Género Femenino Masculino Estado civil Casado Soltero 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 o giro del negocio

1.2 Domicilio y contacto

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

1.3 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?

Sí No ¿Quién?

Cargo

Fecha en que dejó el cargo
d d / m m / a a a a

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 generales del Contratante (llénesse sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona: Física Moral Identificador comercial ¹ Cliente Inbursa

RFC con homoclave o NIF País que asignó el NIF

Denominación o razón social

Primer nombre Segundo nombre

Apellido paterno Apellido materno

Fecha de nacimiento/constitución Entidad federativa de nacimiento/constitución País de nacimiento/constitución

Género 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

¹ A ser llenado por el ASESOR

3.1 Domicilio y contacto

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

Entre calle y calle

Colonia Alcaldía 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

Teléfono fijo Teléfono móvil

Correo electrónico

3.2 Información adicional

¿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
d d / m m / a a a a

Nombre(s) y apellidos

4. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Tipo de identificación

Número de identificación

5. Información del seguro a contratar

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

5.1 Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro)

Suma asegurada: \$1,000 \$1,500 \$2,000

6. Cuestionario médico

- 1) Responda marcando con una X todas las preguntas del cuestionario médico correspondiente al seguro a contratar, en caso contrario no será aceptada esta solicitud.
- 2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información en los recuadros siguientes y/u hoja adicional.
- 3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisadas por el área de selección médica.

Inburmedic Quirúrgico Plus, Inburmedic Quirúrgico 20 e indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro)

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Padece actualmente alguna enfermedad y/o está sujeto a algún tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros estudios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Ha sido diagnosticado, padece o ha padecido, está o ha estado en tratamiento médico o quirúrgico por alteraciones de válvulas cardíacas, hipertensión arterial, padecimientos cardiovasculares, glaucoma, diabetes, cataratas, trastornos de la glándula tiroides, insuficiencia renal, cálculos de vesícula o vías biliares, cálculos renales o de vías urinarias, trastornos de la próstata, apendicitis, divertículos en el colon, esofagitis, hemorroides, pancreatitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, hernia hiatal, hernia inguinal, hernia umbilical, tumores de cualquier parte del cuerpo, hallux valgus (juanetes), verrugas, accidentes, fracturas, fístulas, padecimientos de columna vertebral, sistema nervioso, arteriovenoso, oído, úvula, paladar, genitales, pies, alteraciones de las glándulas mamarias, ovarios, útero o cérvix? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente algún trasplante (córnea, médula ósea, hueso, válvulas cardíacas, riñón, hígado, corazón y/o pulmón)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Segucáncer

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Padece o ha padecido cáncer y/o algún tumor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Está sujeto a algún tratamiento por cáncer y/o algún tumor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica por cáncer y/o algún tumor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿En los últimos 5 años ha consultado algún médico por cáncer y/o algún tumor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Padece o ha padecido infecciones por virus de papiloma humano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) En su familia han existido o existen casos de cáncer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso de haber respondido de forma afirmativa a cualquiera de las preguntas del cuestionario médico, sírvase proporcionar mayor información.

No. pregunta:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico

Estado actual

No. pregunta:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico

Estado actual

7. Hábitos generales

Peso (kg)	Estatura (cm)	Fuma	¿Desde qué año?	Número y frecuencia de cigarros	¿Toma alcohol?	¿Desde qué año?	Número y frecuencia de copas	D = Diario M = Mensual A = Anual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Núm. <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Núm. <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	

8. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada²: Desde las 12:00 hrs. del / / hasta las 12:00 hrs. del / / Período de pago:

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

²Sujeta a selección médica

8.1 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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Carga a:	Número de cuenta CLABE (18 dígitos)	No de tarjeta:	Vencimiento:
<input type="checkbox"/> Cuenta bancaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 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 surtir 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 tarjetahabiente o cuentahabiente

8.2 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo al periodo 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.

9. 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 3.1)
- En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: _____, o
- 2) Vía correo electrónico:
- Del solicitante (señalado en el numeral 1.2) Del Contratante (señalado en el numeral 3.1)

