SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

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:
- ☐ Seguro de gastos médicos por cáncer (Segucáncer)
- ☐ Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro)
- ☐ Inburmedic Quirúrgico 20
- ☐ Inburmedic Quirúrgico Plus

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."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

1. Datos del solicitante 1 (Contratante)

Cliente Inbursa

Identificador comercial[1]

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento d d / m m / a a a a

Entidad federativa de nacimiento

País de nacimiento

Sexo
- ☐ 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

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio

[1] A ser llenado por el asesor

1.1 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

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

1.2 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 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 "1.1 Domicilio y contacto" o "4.1 Domicilio y contacto", se deberá notificar por escrito a la Compañía y anexar el comprobante de domicilio correspondiente.

Solicitante 2

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento
d d / m m / a a a a

Nacionalidad

CURP

Sexo
☐ Femenino
☐ Masculino

RFC con homoclave o NIF

Relación o parentesco

Solicitante 3

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento
d d / m m / a a a a

Nacionalidad

CURP

Sexo
☐ Femenino
☐ Masculino

RFC con homoclave o NIF

Relación o parentesco

Solicitante 4

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento
d d / m m / a a a a

Nacionalidad

CURP

Sexo
☐ Femenino
☐ Masculino

RFC con homoclave o NIF

Relación o parentesco

Solicitante 5

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento
d d / m m / a a a a

Nacionalidad

CURP

Sexo
☐ Femenino
☐ Masculino

RFC con homoclave o NIF

Relación o parentesco

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

Tipo de persona:
☐ Física
☐ Moral

Identificador comercial [1]

Cliente Inbursa

Denominación o razón social

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento/constitución d d / m m / a a a a

Entidad federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

Sexo
- 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

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

Folio mercantil

[1] A ser llenado por el asesor

4.1 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

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

4.2 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

5. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de identificación

Número de identificación

6. 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

6.1 Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro)

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

7. 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.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisadas por el área de selección médica.

7.1 Inburmedic Quirúrgico Plus, Inburmedic Quirúrgico 20 o Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro)	Solicitante: 1 sí	1 no	2 sí	2 no	3 sí	3 no	4 sí	4 no	5 sí	5 no
1) ¿Padece actualmente alguna enfermedad y/o está sujeto a algún tratamiento médico?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente pruebas de laboratorio, radiografías, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros estudios?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) ¿Ha sido diagnosticado, padece o ha padecido, está o ha estado en tratamiento médico o quirúrgico por alteraciones de válvulas cardiacas, 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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) ¿Le han practicado y/o tiene pendiente algún trasplante (córnea, médula ósea, hueso, válvulas cardiacas, riñón, hígado, corazón y/o pulmón?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.2 Segucáncer	Solicitante: 1 sí	1 no	2 sí	2 no	3 sí	3 no	4 sí	4 no	5 sí	5 no
1) ¿Padece o ha padecido cáncer y/o algún tumor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) ¿Está sujeto a algún tratamiento por cáncer y/o algún tumor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica por cáncer y/o algún tumor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) ¿En los últimos 5 años ha consultado algún médico por cáncer y/o algún tumor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5)¿Padece o ha padecido infecciones por virus de papiloma humano?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) ¿En su familia han existido o existen casos de cáncer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

No. solicitante: ☐☐

No. pregunta: ☐☐ Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico d d / m m / a a a a Estado actual

No. solicitante: ☐☐

No. pregunta: ☐☐ Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico d d / m m / a a a a Estado actual

No. solicitante: ☐☐

No. pregunta: ☐☐ Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico d d / m m / a a a a Estado actual

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

No. solicitante:

No. pregunta: | Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico (d d / m m / a a a a) | Estado actual

No. solicitante:

No. pregunta: | Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

Fecha de diagnóstico (d d / m m / a a a a) | Estado actual

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	sí	no		Núm.	D	M	A
1																
2																
3																
4																
5																

D = Diario
M =Mensual
A= Anual

9. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada (sujeta a selección médica)

Desde las 12:00 hrs. del: d d / m m / a a a a Hasta las 12:00 hrs. del: d d / m m / a a a a

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

Período de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

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:
☐ Cuenta bancaria
☐ Tarjeta de crédito

Número de cuenta CLABE (18 dígitos): | No. de tarjeta: | Vencimiento: m m / a a

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.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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 4.1)

☐ 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 4.1)

11. Declaraciones del solicitante 1 / (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 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 d d / m m / a a a a

Nombre y firma del solicitante 1	Nombre y firma del padre, tutor o representante legal (sólo en caso de menores)	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 solicitante 1	Nombre y firma del Contratante

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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, su vigencia, las consecuencias de su rehabilitación, 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.

Nombre y firma del asesor

Comentarios como resultado de la entrevista

13. Comisiones

Asesor 1		Asesor 2	
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.
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 5228 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

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 30 de junio de 2022, con el número CNSF-S0022-0297-2022/CONDUSEF-000685-03, a partir del día 17 de septiembre de 2021, con el número CNSF-S0022-0250-2021/CONDUSEF-004367-03, a partir del día 30 de junio de 2022, con el número CNSF-S0022-0296-2022/CONDUSEF-000680-04, a partir del día 30 de junio de 2022, con el número CNSF-S0022-0299-2022/CONDUSEF-000679-05, a partir del día 02 de enero de 2023, con el número MODI-S0022-0008-2023.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso