

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

Emisor

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 del contratante

Nombre o razón social

RFC con homoclave CURP (personas físicas) Forma de pago: ANUAL

1.1 Domicilio

Calle Núm. exterior Núm. interior C.P.

Colonia Delegación o municipio

Ciudad o población Entidad federativa

1.2 Contacto

Teléfono fijo (con lada) Teléfono móvil (con lada) Compañía celular

Correo electrónico

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia Entre qué calles

Colonia Ciudad Estado Código postal Teléfono oficina Horario de entrega

2. Datos de las personas a asegurar

Parentesco	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Género	Ciudad donde reside	Peso (kilogramos)	Estatura (metros)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Estado de salud:	Parentesco:		Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	sí	no										
1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fistulas ano rectales?	<input type="checkbox"/>											
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>											
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?	<input type="checkbox"/>											
4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>											
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>											
6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se ha practicado histerectomía.	<input type="checkbox"/>											

2.1 Exclusivo para mujeres

Parentesco	¿Estás actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

2.2 Otros seguros (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

Parentesco	Tipo de seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

3. Declaración del asegurado

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

Lugar:

Fecha

Firma del contratante

Firma del Asegurado Titular
(en caso de que sea distinto al Contratante)

4. 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

5. 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) y/o propietario. 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.

Nombre y firma del asesor

Comentarios como resultado de la entrevista

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no han sido satisfactorias, puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado “Seguro Básico Estandarizado de Gastos Médicos” quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de julio de 2015, con el número CNSF-50022-0320-2015/CONDUSEF-000838-01”.