

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 Enfermedades Graves (SEVI) Inburmedic con atención exclusiva en la Red Segumed-Inbursa
 Inburmedic Star Médica Inburmedic Christus Muguerza

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 1 (titular) (Contratante)

Cliente Inbursa Identificador comercial ¹ 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
 Nombre(s) y apellidos

2. Datos fiscales del Contratante (debe llenarse obligatoriamente)

RFC con homoclave o NIF	País que asignó el NIF	FIEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del régimen fiscal	Régimen fiscal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Clave de uso del CFDI	Uso del CFDI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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 29 años y no percibir ingresos por trabajo personal.

Solicitante 2

Primer nombre	Segundo nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Apellido paterno	Apellido materno			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Género	<input type="checkbox"/> Masculino	RFC con homoclave o NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>
CURP	Relación o parentesco			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Solicitante 3

Primer nombre	Segundo nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Apellido paterno	Apellido materno			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Género	<input type="checkbox"/> Masculino	RFC con homoclave o NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>
CURP	Relación o parentesco			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Solicitante 4

Primer nombre	Segundo nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Apellido paterno	Apellido materno			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Género	<input type="checkbox"/> Masculino	RFC con homoclave o NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>
CURP	Relación o parentesco			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Solicitante 5

Primer nombre	Segundo nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Apellido paterno	Apellido materno			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Género	<input type="checkbox"/> Masculino	RFC con homoclave o NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>
CURP	Relación o parentesco			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

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

Tipo de persona:	<input type="checkbox"/> Física	Identificador comercial ¹	Cliente Inbursa
	<input type="checkbox"/> Moral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RFC con homoclave o NIF	País que asignó el NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Denominación o razón social			
<input type="text"/>			
Primer nombre	Segundo nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Apellido paterno	Apellido materno		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento/constitución	Entidad federativa de nacimiento/constitución	País de nacimiento/constitución	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Género	Estado civil	Nacionalidad	En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Residente permanente
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Residente temporal
Tipo de identificación	Número de identificación		<input type="checkbox"/> Visitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>
CURP	FIEL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social	Folio mercantil		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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		
En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Trabajo				
Teléfono fijo	Teléfono móvil			
Correo electrónico				

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 / m / a

Nombre(s) y apellidos

5. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre	Segundo nombre
Apellido paterno	Apellido materno
Tipo de identificación	Número de identificación

6. Información del seguro a contratar

IMPORTANTE: La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

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 Inburmedic e Inburmedic con atención exclusiva en la Red Segured-Inbursa

Características:

- Inburmedic:
- Sin restricción de Hospitales
- Con restricción de Hospitales
Con atención exclusiva en la red
- Segured Inbursa

Suma Asegurada

Deducible por Enfermedad Cubierta

Coaseguro por Enfermedad Cubierta

 %

Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos por Reembolso:

- Consultador Límite de honorarios
- Sin consultador

Cumplido (el límite de honorarios es la Suma Asegurada)

6.1.1 Coberturas adicionales

1. Ambulancia aérea²
2. Paquete plus²
3. Emergencia internacional³
4. Cobertura internacional²
5. Enfermedades catastróficas en el extranjero^{2,3}
6. Maternidad
7. Gastos funerarios
- Suma Asegurada
8. Previsión familiar
9. Enfermedades graves (SEVI)
- Titular
- Titular y cónyuge
- Todos los Asegurados de 20 años y mayores
- Suma Asegurada
10. Exención de Deducible por Accidente (no disponible para Monterrey)
11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos (sólo plan con restricción de Hospitales)²
12. Disminución de Coaseguro en Pago Directo²
13. Accidentes personales (elegir sólo una opción)
- Muerte accidental y pérdida de miembros por Accidente
- Muerte accidental (no incluye pérdida de miembros por Accidente)
- Titular
- Titular y cónyuge
- Todos los Asegurados de 12 años y mayores
- Suma Asegurada
14. Gama hospitalaria intermedia (Sólo para Toluca, Ciudad de México y Área metropolitana)²
15. Beneficio por Discapacidad

² Solo disponible para Inburmedic con o sin restricción de Hospitales.

³ Incluida en Inburmedic con o sin restricción de Hospitales cuando se solicita la cobertura internacional.

