

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 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

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

☐ Masculino

RFC con homoclave

☐ Femenino

CURP

Relación o parentesco

Solicitante 3

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

☐ Masculino

RFC con homoclave

☐ Femenino

CURP

Relación o parentesco

Solicitante 4

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

☐ Masculino

RFC con homoclave

☐ Femenino

CURP

Relación o parentesco

Solicitante 5

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Género

☐ Masculino

RFC con homoclave

☐ Femenino

CURP

Relación o parentesco

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

Tipo de persona:

☐ FísicaIdentificador comercial¹

RFC con homoclave

Cliente Inbursa

☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha nacimiento/constitución

Entidad federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

Género

☐ Femenino

Estado civil

☐ Casado

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:

☐ Residente permanente☐ Residente temporal

Tipo de identificación

Número de identificación

☐ Visitante☐ Otra

CURP

FIEL

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		
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				

¿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

Nombre(s) y apellidos

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

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

Características:		Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos por Reembolso:	
Inburmedic:	Suma Asegurada	☐ Con tabulador	Límite de honorarios
☐ Sin restricción de Hospitales		☐ Sin tabulador	
☐ Con restricción de Hospitales	Deducible por Enfermedad Cubierta	☐ Simple (el límite de honorarios es la Suma Asegurada)	
☐ Con atención exclusiva en la red			
☐ Segured Inbursa	Coaseguro por Enfermedad Cubierta		%

☐ 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

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

6.2 Enfermedades Graves (SEVI) (contratado como póliza independiente)					
Suma Asegurada	☐ \$300,000	☐ \$400,000	☐ \$500,000	☐ \$750,000	☐ \$1,000,000

6.4 Inburmedic Christus Muguerza (disponible para Monterrey)			
Paquete	☐ A	☐ B	☐ C
Suma Asegurada	\$2,000,000	\$6,000,000	\$12,000,000
Deducible por Enfermedad	\$11,500	\$11,500	\$11,500
Coaseguro por Enfermedad	10%	10%	10%
Coberturas adicionales			
☐ Enfermedades graves (SEVI)	\$100,000	\$150,000	\$150,000
☐ Gastos funerarios	\$10,000	\$10,000	\$10,000

7. Cuestionario médico

- [illegible]

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:**

[illegible]

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de Diagnóstico / /

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de Diagnóstico / /

No. Solicitante: Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. Pregunta: Estado actual

Fecha de Diagnóstico / /

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			Núm.	D	M	A
1															
2															
3															
4															
5															

A D=Diario
M=Mensual
A=Anual

9. Información complementaria del seguro

Fecha para reconocimiento de antigüedad*: / / Tarifa por zona:

*Se requiere anexar carátula que acredite la antigüedad y último comprobante de pago a la fecha de esta solicitud.

10. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada**: Desde las 12:00 hrs. del: / / hasta las 12:00 hrs. del: / /

**Sujeta a selección médica

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

Periodo de pago:

10.1 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: Número de cuenta CLABE (18 dígitos) No. de tarjeta: Vencimiento

Cuenta bancaria

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 dará 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.

Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

13. 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.

Comentarios como resultado de la entrevista

10

Nombre y firma del asesor

14. 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 y/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, Tlalpa, 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@inursat.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.gob.mx/condusef

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 06 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-S0022-0067-2023/CONDUSEF-006105-01, a partir del día 02 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-S0022-0061-2023/CONDUSEF-006113-01, a partir del día 02 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-S0022-0062-2023/CONDUSEF-006115-01, a partir del día 07 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-S0022-0077-2023/CONDUSEF-006106-01, a partir del día 20 de octubre de 2021, con el número CNSF-S0022-0608-2020/CONDUSEF-000619-04, 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-S0022-0005-2023.