

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

Emisor

**IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud.** Se previene al Contratante 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, 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 terminos de la solicitud."**

**1. Datos del Contratante**

Cliente Inbursa:  Identificador comercial <sup>1</sup>  Tipo de persona:  Física  Moral

Denominación o razón social

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Fecha nacimiento/constitución  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  FIEL

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio  Folio mercantil

<sup>1</sup> A ser llenado por el asesor

**1.1 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

**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, 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

### 3. Datos del representante legal del Contratante

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Tipo de identificación  Número de identificación

### 4. Información del seguro a contratar

**IMPORTANTE:** La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.  
**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.** El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com)

#### 4.1 Descripción de la colectividad

Descripción de la colectividad asegurable

¿El objetivo de la contratación del seguro es el garantizar prestaciones u obligaciones laborales del Contratante?  
 Sí  No

¿Cuál(es)?

Características particulares y/o especiales de la colectividad

Relación de la colectividad con el Contratante

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad  %

¿Solicita esta póliza con la intención de cancelar algún otro contrato con otra aseguradora?  Sí  No

En caso afirmativo, explique el motivo de dicha operación e indique el nombre de la aseguradora

**Anexar detalle con nombre, fecha de nacimiento y género de cada integrante de la colectividad.**

#### 4.2 Coberturas

**Categoría:** Se refiere a un grupo de Asegurados respecto del cual se estén contratando diferentes características del seguro, como son coberturas, Sumas Aseguradas y/o Deducibles, asignándoles una categoría distinta, para distinguirlos del resto de la Colectividad Asegurada. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías.

Cobertura básica	Categoría <input type="text"/>	Categoría <input type="text"/>
Suma Asegurada para cada integrante de la colectividad y regla para determinarla	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deducible	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coaseguro	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Modalidad de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Limitado	<input type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Limitado
Tabla de honorarios sólo para plan limitado	<input type="checkbox"/> A (21 UMAM <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> AA (30 UMAM <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> AAA (36 UMAM <sup>1</sup> )	<input type="checkbox"/> A (21 UMAM <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> AA (30 UMAM <sup>1</sup> ) <input type="checkbox"/> AAA (36 UMAM <sup>1</sup> )
<b>Coberturas adicionales</b>	<b>Suma Asegurada</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Gastos funerarios por Accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emergencia internacional <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura internacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte accidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de miembros por Accidente (sólo si se contrata muerte accidental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades catastróficas en el extranjero <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulancia aérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respaldo médico y bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Unidad de Medida y Actualización Mensual, equivalente a 30.4 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA). Para conocer el valor diario de la UMA consulte la página [www.inegria.g.mx](http://www.inegria.g.mx)

<sup>2</sup> Incluida cuando se solicita cobertura internacional

#### 4.3 Detalle por categoría

Categoría

Número de personas titulares que van a asegurarse en esta categoría

Número total de Dependientes Económicos que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	35 - 39	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 - 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	40 - 44	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 - 14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	45 - 49	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 - 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	50 - 54	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20 - 24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	55 - 59	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25 - 29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60 - 64	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30 - 34	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Categoría

Número de personas titulares que van a asegurarse en esta categoría

Número total de Dependientes Económicos que van a asegurarse en esta categoría

Población asegurable por edad y género

Edad	Mujeres	Hombres	Edad	Mujeres	Hombres
0 - 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	35 - 39	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 - 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	40 - 44	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 - 14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	45 - 49	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 - 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	50 - 54	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20 - 24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	55 - 59	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25 - 29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60 - 64	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30 - 34	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 4.4 Declaratoria para la apreciación de cúmulos de pérdida

¿Existen actividades que realicen los integrantes de la colectividad que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas (siniestros que ocurren de manera simultánea)?

Sí  No

En caso de haber declarado que sí, proporcionar detalles:

#### 5. Forma de pago y vigencia

Vigencia solicitada (Sujeta a selección médica)

Desde las 12:00 hrs. del:  hasta las 12:00 hrs. del:

¿Participación de utilidades?  Sí  No

Forma de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual ¿Póliza autoadministrada?  Sí  No

Cobro bancario:  Sí  No

### 5.1 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		
Carga a:	Número de cuenta CLABE (18 dígitos)	No. de tarjeta	Vencimiento:
<input type="checkbox"/> Cuenta bancaria			mm / aa
<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 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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

### 5.2 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo al período pagado en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer. También puede realizarlo en [www.inbursa.com](http://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.**

### 6. 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 Contratante (señalado en el numeral 1.2)  
 En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: \_\_\_\_\_
- 2) Vía correo electrónico:  Del Contratante (señalado en el numeral 1.2)

### 7. Declaraciones del 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 habré 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.

Manifiesto que la elección del tipo de seguro y plan a contratar se han realizado tomando en cuenta las necesidades y los parámetros de la colectividad asegurable, por lo que en caso de que se llegase a celebrar el contrato de seguro y algún Asegurado contrate los servicios de algún prestador de servicios, lo hará bajo su absoluta responsabilidad, considerando la libertad que tendrá cada Asegurado de elegir y contratar cualquier persona de su confianza que le proporcione los servicios que cubre la póliza, en razón de lo anterior la Compañía en ningún caso será responsable de los daños y/o perjuicios que dicho colaborador o prestador ocasione a alguna de las personas que lleguen a asegurarse en la póliza, por lo que es claro que éstos responderán directamente frente a cada Asegurado de cualquier daño y perjuicio que le infieran.

Manifiesto que mi actuación al operar este contrato será de buena fe, por lo que no permitiré que se utilice este contrato, ni en todo, ni en parte para fines ilícitos. Adicionalmente declaro que he sido percibido de las responsabilidades civiles y/o penales en las que pueden incurrir las personas que permitan a terceros el acceso o uso del contrato sin haberlo declarado, que oculten información o presenten información falsa en el uso de este contrato o que actúen como prestanombres de terceros para uso indebido de este contrato.

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:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

#### 7.1 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 prospección comercial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

#### 8. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al Contratante 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 Contratante.

Manifiesto que he informado al Contratante entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de la rehabilitación, la vigencia del producto, renovación garantizada, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en los consentimientos individuales 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 para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Comentarios como resultado de la entrevista

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del asesor

## 9. Comisiones

Porcentaje de comisión del negocio %

Asesor 1

Clave:

Participación % \_\_\_\_\_ Nombre y firma

Asesor 2

Clave:

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](http://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 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@inbursa.com](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y en [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**Ejemplar informativo**  
**Prohibido su uso**

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 6 de febrero de 2025, con el número PPAQ-S0022-0066-2022.