



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 [][][][][]

Form for selecting insurance type: Seguro de gastos médicos por cáncer (Segucáncer) or Indemnización diaria por hospitalización (Hospital Seguro). Also includes Inburmedic Quirúrgico 20 or Plus options.

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...

"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 solicitante 1 (Contratante)

Main form for applicant data including fields for name, birth date, sex, marital status, and identification type.

1 A ser llenado por el asesor

1.1 Domicilio y contacto

Form for address and contact information including street, colonia, city, and phone numbers.

1.2 Información adicional

Form for additional information regarding family or public functions.

Primer nombre Segundo nombre
 Primer apellido Segundo apellido
 Fecha de 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
 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, concubinario 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

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.

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)

- 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 cardíacas, 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 cardíacas, riñón, hígado, corazón y/o pulmón)?

Solicitante:

| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sí | no |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

7.2 Sugucáncer

- 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?

Solicitante:

| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sí | no |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

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

No. solicitante:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. pregunta:

Fecha de diagnóstico

/ /

Estado actual

No. solicitante:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. pregunta:

Fecha de diagnóstico

/ /

Estado actual

No. solicitante:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. pregunta:

Fecha de diagnóstico

/ /

Estado actual

No. solicitante:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. pregunta:

Fecha de diagnóstico

d d / m m / a a a a

Estado actual

No. solicitante:

Nombre de las enfermedades, lesiones o estudios

No. pregunta:

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 cigarras | | | ¿Toma alcohol? | ¿Desde qué año? | Número y frecuencia de copas | | | D = Diario M = Mensual A = Anual |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| | | | sí | no | | Núm. | D | M | | | A | Núm. | D | |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

Período de pago:

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

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

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 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

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 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-S0022-0297-2022/CONDUSEF-000685-03, 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-S0022-0003-2023.