

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8o, 9o, 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 (contratante)

ID Cliente GFI <input type="text"/>	RFC con homoclave <input type="text"/>	Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral
Denominación o razón social <input type="text"/>		
Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>	
Apellido Paterno <input type="text"/>	Apellido Materno <input type="text"/>	

1.1 Generales

Fecha de nacimiento / constitución <input type="text"/>	Entidad Federativa de nacimiento / constitución <input type="text"/>	País de nacimiento / constitución <input type="text"/>
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Nacionalidad <input type="text"/>
En caso de ser de nacionalidad extranjera indique su calidad migratoria, en términos de la Ley de Migración:		<input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>
Tipo de Identificación <input type="text"/>	Número de Identificación <input type="text"/>	
CURP <input type="text"/>		

1.2 Domicilio

Calle <input type="text"/>	Núm. Exterior <input type="text"/>	Edificio <input type="text"/>	Núm. Interior <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Colonia <input type="text"/>		Delegación o Municipio <input type="text"/>		
Ciudad o Población <input type="text"/>	Entidad federativa <input type="text"/>	País <input type="text"/>		
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				

1.3 Contacto

Teléfono fijo <input type="text"/>	Teléfono móvil <input type="text"/>	Compañía Celular <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>		

1.4 Información adicional personas físicas (llenar en caso de que el propietario o contratante sea persona física)

¿Desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años alguna Función Pública en México o en el Extranjero?
 Sí No ¿Qué cargo? Fecha en que dejó el Cargo

¿Usted es familiar de una persona que desempeñe o haya desempeñado en los últimos dos años alguna Función Pública en México o en el Extranjero?
 Sí No ¿Qué cargo? Fecha en que dejó el Cargo

Nombre(s) y apellidos Parentesco

1.5 Ocupación o actividad económica (debe llenarse obligatoriamente)

Indique su principal ocupación relacionada con su actividad económica / Principal fuente de ingresos:

En caso de que su actividad económica / principal fuente de ingresos sea una de las siguientes, indique cual:

Asalariado:

- Militar, Piloto / Sobrecargo, Profesor, Notario, Ministro Religioso, Agricultor, Médico, Empleado Privado, Empleado Público, Otro

Ingresos por Honorarios

Indique Actividad [Grid]

Actividad Empresarial:

- Empresario, Comerciante, Comisionista, Indique [Grid]

Especificar Institución: [Grid]

Sin Actividad Económica:

- Desempleado, Ama de casa, Estudiante

Otros ingresos:

- Arrendatario, Inversionista, Jubilado / Pensionado / Retirado, Otro [Grid]

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 del propietario (llenese sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de Persona: Física, Moral, RFC con homoclave, Denominación o razón social, Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno

3.1 Generales

Fecha de nacimiento / constitución, Entidad Federativa de nacimiento / constitución, País de nacimiento / constitución, Género, Estado Civil, Nacionalidad, En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria, Tipo de Identificación, Número de Identificación, CURP, FIEL

3.2 Domicilio

Calle, Núm. Exterior, Edificio, Núm. Interior, C.P., Colonia, Delegación o Municipio, Ciudad o Población, Entidad federativa, País

3.3 Contacto

Teléfono fijo, Teléfono móvil, Compañía Celular, Correo electrónico

3.4 Información adicional personas físicas (llenar en caso de que el propietario o contratante sea persona física)

¿Algunos de los accionistas, socios, asociados, altos directivos o miembros del Consejo de Administración, su cónyuge, concubina(rio) o personas con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años alguna Función Pública en México o en el Extranjero?

[Sí/No] ¿Qué cargo? [Grid] Fecha en que dejó el Cargo [Grid]

Nombre(s) y apellidos [Grid] Parentesco [Grid]

3.5 Seleccione el sector al que pertenece

1. Sector Privado:	2. Sector Financiero:	3. Sector Público:	4. Sector Extranjero:
Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/>	Banco de México <input type="checkbox"/>	Gobierno Federal <input type="checkbox"/>	Financieras <input type="checkbox"/>
Sociedad o Asociación civil:	Banca de Desarrollo <input type="checkbox"/>	Gobierno Estatal <input type="checkbox"/>	No Financieras <input type="checkbox"/>
Con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Banca Múltiple <input type="checkbox"/>	Gobierno Municipal <input type="checkbox"/>	
Donataria <input type="checkbox"/>	Financiera Pública <input type="checkbox"/>	Organismo Descentralizado <input type="checkbox"/>	
	Financiera Privada <input type="checkbox"/>	Participación Estatal <input type="checkbox"/>	

4. Datos del representante legal del solicitante (contratante)

Primer Nombre <input type="text"/>		Segundo Nombre <input type="text"/>	
Apellido Paterno <input type="text"/>		Apellido Materno <input type="text"/>	
Tipo de Identificación <input type="text"/>	Número de Identificación <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	

5. Datos del vehículo (deberá ser llenado obligatoriamente)

Seleccione el tipo de su vehículo:

<input type="checkbox"/> Automóvil	<input type="checkbox"/> Pick Up	<input type="checkbox"/> Camión <input type="text"/> toneladas	Características	<input type="checkbox"/> Fronterizo	
<input type="checkbox"/> Remolque	<input type="checkbox"/> Tractocamión	<input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="text"/> centímetros cúbicos	Nacional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antiguo	
Número de Serie <input type="text"/>	Número de Motor <input type="text"/>		Importado <input type="checkbox"/>	Placas <input type="text"/>	
Marca de Fábrica <input type="text"/>	Tipo de carrocería <input type="text"/>			Modelo <input type="text"/>	
Equipo de Fábrica <input type="text"/>	Clave ISIS (a ser llenado por el agente) <input type="text"/>			Pasajeros <input type="text"/>	
Transmisión: <input type="checkbox"/> Automática	<input type="checkbox"/> Estándar	Cilindraje: <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>
Combustible: <input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="checkbox"/> Eléctrico		

Calcas de Número de Serie y Motor <input type="text"/>	Sello de Recepción <input type="text"/>
--	---

5.1 Uso Principal

<input type="checkbox"/> 101 Particular / Transporte Propio	<input type="checkbox"/> 108 Servicio de Mudanza	<input type="checkbox"/> 116 Privado de Carga
<input type="checkbox"/> 103 Ambulancia	<input type="checkbox"/> 109 Mensajería / Reparto	<input type="checkbox"/> 117 Seguridad Privada
<input type="checkbox"/> 104 Renta Diaria	<input type="checkbox"/> 110 Patrulla	
<input type="checkbox"/> 105 Auto Escuela	<input type="checkbox"/> 114 Transporte Público Federal	

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 nuestra página web www.inbursa.com

7. Forma de pago y vigencia

Vigencia de la póliza: Desde las 12:00 hrs. del: / / hasta las 12:00 hrs. del: / /

Cobro bancario: Sí No Forma de pago: Anual Semestral

7.1 Llena en caso de que su pago sea con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta de cheques

Banco <input type="text"/>	Nombre(s) y Apellidos del tarjetahabiente o cuentahabiente <input type="text"/>
Cuenta de cheques	Tarjeta de crédito
Número de cuenta CLABE (18 dígitos) <input type="text"/>	No. de tarjeta: <input type="text"/>
	Vencimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/>

Por medio del 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 hasta en tanto Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, no emita 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 cuenten con saldo suficiente, o se encuentre cancelada de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) dejen 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 pretenda surta sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de cancelación de mi cuenta de débito o de cheques 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 el Banco me entregue la reposición de la citada Tarjeta de Crédito o la nueva Cuenta de Débito o Cheques, obligándome a solicitar nuevamente a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, el servicio de cargo automático una vez que el Banco 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

7.2 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo a la periodicidad elegida en los siguientes bancos: Inbursa, Banamex, Banorte, HSBC y Bancomer, en el Aviso de Cobro adjunto a la póliza que reciba podrá consultar la referencias bancarias para realizar el pago. También puede realizarlo vía internet en 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.

7.3 Declaraciones del solicitante (contratante)

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que proporcione 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 habrá de operar u opera mi representante 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 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.

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me (nos) haya(n) atendido o que me (nos) atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi (nuestras) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

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

8.1 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.

Nombre y Firma del Contratante

9. 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 proponente y/o asegurado y/o contratante (solicitante).

Manifiesto que he informado al solicitante de manera amplia y detallada, entre otras cosas; el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, así como las consecuencias de rehabilitación, vigencia del producto, salvamentos y renovación automática. He informado 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.

Declaro haber inspeccionado el vehículo objeto de este aseguramiento y confirmo que dicho vehículo se encuentra en perfectas condiciones y sin daño al momento de contratar este seguro.

Sí No

Nombre y firma del asesor

Inspección del vehículo y observaciones

10. Comisiones

Asesor 1

Clave:

Participación: % Nombre y Firma

Asesor 2

Clave:

Participación: % Nombre y Firma

ID Cliente GFI: Número de identificación de clientes de Inbursa.

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

UMA: Unidad de Medida y Actualización

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet

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 o con i-móvil app.

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, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

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 28 de junio de 2013, con el número CNSF-S0022-0418-2013/CONDUSEF-001600-01, a partir del día 24 de febrero de 2021, con el número RESP-S0022-0006-2021, a partir del día 29 de junio de 2022, con el número RESP-S0022-0008-2022.