

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 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**

<b>Cliente Inbursa</b>	<b>Identificador comercial<sup>1</sup></b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**1.1 Generales**

<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Entidad federativa de nacimiento</b>	<b>País de nacimiento</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Género</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Nacionalidad</b>
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	<input type="text"/>
<b>En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:</b>		<input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>
<b>Tipo de identificación</b>	<b>Número de identificación</b>	<b>CURP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio</b>		
<input type="text"/>		
<b>En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México</b> <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Trabajo		

**1.2 Domicilio y contacto**

<b>Calle</b>	<b>Núm. exterior</b>	<b>Edificio</b>	<b>Núm. interior</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Entre calle</b>	<b>y calle</b>	<b>C.P.</b>	<b>Colonia</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Alcaldía o municipio</b>	<b>Ciudad o población</b>	<b>Entidad federativa</b>	<b>País</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Teléfono fijo</b>	<b>Teléfono móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Inbursa Verde:** Deseo recibir la documentación contractual de este seguro por correo electrónico.  Si  No

**Alertas Inbursa:** Autorizo de manera expresa el envío de avisos de acuerdo a lo indicado en la documentación contractual.  Si  No

### 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?

Nombre(s) y apellidos

--	--

Cargo

Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)

--	--

### 1.4 Datos del empleo actual

Nombre de la empresa o entidad donde trabaja

--

Puesto

Antigüedad

Ingresos mensuales

Teléfono

Extensión

--	--	--	--	--

Describa en que consisten sus actividades

--

### 2. Datos fiscales del contratante

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 contratante y representante legal (lléneso solo 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

--	--

Fecha de nacimiento / constitución  
(dd/mm/aaaa)

Entidad federativa de nacimiento /  
constitución

País de nacimiento / constitución

--	--	--

Género

Estado civil

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

Femenino

Casado

--

Masculino

Soltero

--

Tipo de identificación

Número de identificación

CURP

--	--	--

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio

Folio mercantil

--	--

### 3.1 Domicilio y contacto

Calle

Núm. exterior

Edificio

Núm. interior

--	--	--	--

Entre calle

y calle

C.P.

Colonia

--	--	--	--

Alcaldía o municipio

Ciudad o población

Entidad federativa

País

--	--	--	--

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico

--	--	--

**Inbursa Verde:** Deseo recibir la documentación contractual de este seguro por correo electrónico.  Si  No

**Alertas Inbursa:** Autorizo de manera expresa el envío de avisos de acuerdo a lo indicado en la documentación contractual.  Si  No

### 3.2 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 o alto directivo 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?:  Si  No

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos

--	--

Cargo

Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)

--	--

### 3.3 Cuestionario FATCA - CRS

1. ¿Usted cuenta con nacionalidad estadounidense?  Si  No

2. Liste la(s) nacionalidad(es) con que cuente diferente a la señalada en el apartado 1.1 Generales

--

3. ¿Cuenta con número de identificación fiscal en EE.UU. (TIN)?  Si  No **Tipo de TIN**  SSN  ITIN  ATIN **TIN**  -  -

4. ¿Cuenta con número de identificación fiscal (NIF) asignado por jurisdicción distinta a EE.UU.?  Si  No

En caso afirmativo indicar:

	NIF	Tipo	País que lo asignó	Domicilio fiscal
1				
2				
3				
4				
5				

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos plasmados en el presente documento son ciertos; así mismo, manifiesto que **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa (Seguros)** hace de mi conocimiento que los datos contenidos en el presente formato tienen la intención de dar cumplimiento a las obligaciones a las que **Seguros** está sujeta, derivado de los acuerdos contraídos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con las autoridades extranjeras, así como los acuerdos internacionales de intercambio de información a que los Estados Unidos Mexicanos está sujeto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**ATIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente para Adopción **FATCA:** Foreign Account Tax Compliance Act

**ITIN:** Número de Identificación Personal del Contribuyente **SSN:** Número de Seguridad Social Estadounidense

**CRS:** Common Reporting Standard (Norma Común de Informes)

### 4. Información del seguro

**IMPORTANTE: 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](http://www.inbursa.com)

**Tipo de seguro:** Vida Crédito **Monto del crédito:** Solicitado

Otorgado

Plazo

--	--	--

#### 4.1 Cuestionario

Es necesario que conteste en forma completa el siguiente cuestionario; en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias.

**Peso (kg)**  **Estatura (cm)**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente vascular cerebral (trombosis, embolia o hemorragia), infarto al miocardio o insuficiencia coronaria, insuficiencia renal, cáncer o tumor, SIDA, trasplantes de órganos vitales (corazón, hígado, riñones, pulmones, páncreas o médula ósea), parálisis o paraplejia, corazón, circulación o presión arterial alta, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda), diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido algún diagnóstico o tratamiento con motivo de un estado de invalidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Participa en paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene antecedentes penales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4.2 Ampliaciones

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas de los cuestionarios anteriores, indique el número de pregunta y proporcione información amplia al respecto (fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios).

Número de pregunta	Fecha	Información

#### 4.3 Designación de beneficiarios

**ADVERTENCIA:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

**El beneficiario preferente sera:**

en forma irrevocable, por el importe menor entre la suma asegurada y el saldo insoluto del crédito a la fecha de mi fallecimiento; y el remanente, si lo hubiera se pagara a:

##### 4.3.1 Beneficiario 1

Beneficiario irrevocable  Beneficiario revocable **Porcentaje**  %

**Primer nombre**

**Segundo nombre**

**Apellido paterno**

**Apellido materno**

**Fecha de nacimiento**  **Género**  Femenino  Masculino **Relación o parentesco**

**Calle**  **Núm. exterior**  **Edificio**  **Núm. interior**

**Entre calle**  **y calle**

**C.P.**  **Colonia**  **Alcaldía o municipio**

**Ciudad o población**  **Entidad federativa**  **País**

**Firma de Beneficiario irrevocable**

**4.3.2 Beneficiario 2**

Beneficiario irrevocable  Beneficiario revocable **Porcentaje**  %

**Primer nombre**  **Segundo nombre**

**Apellido paterno**  **Apellido materno**

**Fecha de nacimiento**  **Género**  Femenino  Masculino **Relación o parentesco**

**Calle**  **Núm. exterior**  **Edificio**  **Núm. interior**

**Entre calle**  **y calle**

**C.P.**  **Colonia**  **Alcaldía o municipio**

**Ciudad o población**  **Entidad federativa**  **País**

**Firma de Beneficiario irrevocable**

**4.3.3 Beneficiario 3**

Beneficiario irrevocable  Beneficiario revocable **Porcentaje**  %

**Primer nombre**  **Segundo nombre**

**Apellido paterno**  **Apellido materno**

**Fecha de nacimiento**  **Género**  Femenino  Masculino **Relación o parentesco**

**Calle**  **Núm. exterior**  **Edificio**  **Núm. interior**

**Entre calle**  **y calle**

**C.P.**  **Colonia**  **Alcaldía o municipio**

F-2035-8 JUNIO 2024

<b>Ciudad o población</b>	<b>Entidad federativa</b>	<b>País</b>

**Firma de Beneficiario irrevocable**

**4.3.4 Beneficiario 4**

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	<b>Porcentaje</b> <input type="text"/> %
<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Género</b>	<b>Relación o parentesco</b>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<b>Calle</b>	<b>Núm. exterior Edificio</b>	<b>Núm. interior</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Entre calle</b>	<b>y calle</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>C.P.</b>	<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía o municipio</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ciudad o población</b>	<b>Entidad federativa</b>	<b>País</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Firma de Beneficiario irrevocable**

**5. Declaraciones del solicitante (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 habrá 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.

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 (dd/mm/aaaa)

--	--

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante



**¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!**

**Nota:** En caso de que la presente solicitud sea aceptada, el inicio de vigencia de la póliza que se expida será a partir de usted disponga del crédito.

#### 6. 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) y/o propietario.

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 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

#### 7. Comisiones

Asesor 1

Asesor 2

Clave

Clave

Participación  %

Nombre y firma

Participación  %

Nombre y firma

**Ciente Inbursa:** Número de identificación de clientes de Inbursa.

**CFDI:** Comprobante Fiscal Digital por Internet

**FIEL:** Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

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 52380649 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)

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 2 de marzo de 2012, con el número CNSF-S0022-0506-201; a partir del día 26 de mayo de 2015, con el número CGEN-S0022-0002-2015 y a partir del día 1 de diciembre de 2022 con el números RESP-S0022-0021-2022/ CONDUSEF-001224-04.

F-2035-8 JUNIO 2024