

**Seguros Inbursa, S. A., Grupo Financiero Inbursa, Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, México, D.F. Teléfonos de atención 01-800-90-90000 desde el interior de la República o 5325-0505 en el D.F. y su área metropolitana.**

Gerencia:		Código Emisor:	
<b>Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse</b>			
<p><i>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 hayan 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.</i></p>			
<b>“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”.</b>			
<b>Datos Generales del Contratante</b>			
Denominación o Razón Social / Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			
Fecha de Nacimiento/ Fecha de Constitución		R.F.C.	CURP
D   D   M   M   A   A   A   A			
Lugar de Constitución / Nacimiento:		Nacionalidad	Ocupación / Profesión (sólo personas físicas)
<b>Sólo para Persona Moral</b>			
<b>Seleccione el Sector al que pertenece</b>			
<b>1 Sector Privado:</b> Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Sociedad o Asociación Civil <input type="checkbox"/> Con fines de Lucro <input type="checkbox"/> Donataria <input type="checkbox"/>		<b>2 Sector Financiero:</b> Banco de México <input type="checkbox"/> Banca en Desarrollo <input type="checkbox"/> Banca Múltiple <input type="checkbox"/> Financiera Pública <input type="checkbox"/> Financiera Privada <input type="checkbox"/>	
		<b>3 Sector Público:</b> Gobierno Federal <input type="checkbox"/> Gobierno Estatal <input type="checkbox"/> Gobierno Municipal <input type="checkbox"/> Organismo Descentralizado <input type="checkbox"/> Participación Estatal <input type="checkbox"/>	
		<b>4 Sector Extranjeros:</b> Financieras <input type="checkbox"/> No Financieras <input type="checkbox"/>	
Lugar de Constitución		Folio Mercantil	
Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social			
¿Alguno 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? No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Nombre _____ ¿Qué cargo? _____ Fecha en que dejó el Cargo _____			
<b>Datos del Apoderado Legal</b>			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombres(s)
Nacionalidad:		Identificación:	No de Identificación:
<b>Información Adicional (Solo para Personas Físicas)</b>			
Género <input type="checkbox"/> Fem.. <input type="checkbox"/> Masc.	País de Nacimiento		Entidad Federativa de Nacimiento
Tipo de Identificación que presenta	No. de Identificación	Emisor de la Identificación	¿Validada? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de ser de nacionalidad extranjera indique su calidad migratoria, en términos de la ley de Migración Residente Permanente <input type="checkbox"/> Residente Temporal <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> _____			
<b>Indique su principal ocupación relacionada con su actividad económica / principal fuente de ingresos</b>			
Asalariado: Empleado privado <input type="checkbox"/>	Ingresos por Honorarios:	Actividad empresarial:	

Empleado público <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indique Actividad _____	Comerciante <input type="checkbox"/>	Indique: _____
<b>Sin actividad económica:</b> Ama de casa <input type="checkbox"/>	<b>Otros ingresos:</b> Arrendatario <input type="checkbox"/>		
Desempleado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/Pensionado/Retirado <input type="checkbox"/>	Inversionista <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años función pública en México o en el extranjero?		¿Usted es Familiar de una persona que desempeñe o haya desempeñado en los últimos dos años alguna función pública en México o en extranjero?	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	¿Que cargo? _____	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	¿Que cargo? _____
Fecha en que dejó el cargo _____		Fecha en que dejó el cargo _____	
		Parentesco _____	

**Domicilio del Contratante en México (Sí tiene residencia en México o mientras permanece en Territorio Nacional)**

Calle:		Edificio:	No. Exterior / No Interior
Colonia / Fraccionamiento:	Codigo Postal	Delegación / Municipio	
Ciudad/Población	Entidad Federativa (Estado)	País	
Lada	Teléfono	Fax	E-Mail / Página de Internet

**Domicilio del Contratante en México (Sí tiene residencia en México o mientras permanece en Territorio Nacional)**

Calle:		Edificio:	No. Exterior / No Interior
Colonia / Fraccionamiento:	Codigo Postal	Delegación / Municipio	
Ciudad/Población	Entidad Federativa (Estado)	País	
Lada	Teléfono	Fax	E-Mail / Página de Internet

Razones por las que ha elegido celebrar un Contrato en Territorio Nacional:  Personal  Negocios

**Descripción del grupo**

Descripción del grupo:

Características particulares y/o especiales del grupo:

Relación del grupo con el contratante:

Esta póliza cubrirá:

a) Personal Eventual  Planta  Jubilados  b) Créditos  c) Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

Declaración de las ocupaciones de los participantes, incluyendo lugar habitual de labores, cúmulos posibles, uso de herramientas, maquinaria, materiales y vehículos:

En caso de solicitar el seguro para garantizar créditos concedidos por el Contratante, favor de indicar tipos de crédito a asegurarse, plazo de pago y frecuencia de abonos a la deuda:

¿El objetivo de la contratación del seguro es el garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?

Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro del grupo a asegurar: _____ %	Número de personas que van a asegurarse y han requisitado y firmado su consentimiento Individual _____ de un total de _____ que conforman el 100 % del grupo.	Anexar detalle con Nombre, Fecha de Nacimiento y Genero de cada integrante del grupo a asegurar
--	---	---

**Descripción del Seguro Solicitado**

Temporalidad del Seguro: Anual  Mensual

Fecha que solicita de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_

Operación del seguro y naturaleza del riesgo por asegurar: Vida (Fallecimiento)

Coberturas Adicionales solicitadas

**Pago de la Suma Asegurada por:**

MA	: Muerte Accidental	<input type="checkbox"/>	BEPP	Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/>
MAC	: Muerte Accidental Colectiva	<input type="checkbox"/>			
MAPM	: Muerte Accidental o Pérdida de Miembros	<input type="checkbox"/>			
MAPMC	: Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva	<input type="checkbox"/>			
PM	: Pérdida de Miembros	<input type="checkbox"/>			
BITP	: Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	<input type="checkbox"/>			
BITPA	: Invalidez Total y Permanente por Accidente	<input type="checkbox"/>			
SEVI	: Enfermedad Grave	<input type="checkbox"/>			

Suma(s) Asegurada(s) para cada integrante del Grupo o Regla(s) para determinarla(s):

¿Póliza Auto-administrada? Si  No  Experiencia: Global  Propia

Moneda Nacional  Dólares (USD)  Forma de pago: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual  Único

**Declaratoria para la Apreciación de Cúmulos de Pérdida**

¿Existen circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas del grupo a asegurar respecto de la actividad que realizan sus integrantes? Si  No   
En caso de haber declarado que sí, proporcionar detalles \_\_\_\_\_

**Cargo Automático en Tarjeta de Crédito / Cuenta de Depósito**

Pago mediante Tarjeta de Crédito Bancaria			Cuenta de Depósito				
Banco: _____			Banco: _____				
No. Tarjeta: _____			No. Cuenta: _____	(Invariablemente 18 dígitos)			
Fecha de Vencimiento	DIA	MES	AÑO	Fecha de Vencimiento	DIA	MES	AÑO

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) correspondientes de esta póliza de acuerdo a su plan de pago, para que sean abonada(s) en la cuenta de cheques 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 cuente con saldo suficiente o se encuentren canceladas, 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 se pretenda surta sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o 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 puede realizarse el cargo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Cuentahabiente

**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.

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 y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y puesto del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

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

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, México, D.F., con teléfonos de atención en el D.F. 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](mailto:uniesp@inbursa.com).

El producto que se pueden contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas Condiciones Generales. El Contratante, Asegurado(s) y Beneficiario(s) tienen derecho a solicitar y recibir la información completa que les permita conocer las características del seguro previo a su contratación, para lo cual tanto en el sitio web [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com), o en cualquiera de nuestras oficinas, podrá solicitar las Condiciones Generales aplicables a la póliza contratada, así como la información del alcance de las coberturas, las formas de conservar la póliza y de dar por terminado el contrato.

**Comentarios u observaciones derivados de la entrevista durante el llenado del formato o solicitud.**

Se realizó la visita al Cliente  Sí  No Resultado de la Visita \_\_\_\_\_

Hago constar que cotejé con su original y/o copia certificada de 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(Solicitante).

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Clave

\_\_\_\_\_  
% Comisión Solicitada

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 2017, con los números CNSF-S0022-0035-2016 y CNSF-S0022-0036-2016./CONDUSEF-G-00891-001

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