



SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL (PARA MEXICANOS RESIDENTES EN MÉXICO)

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

Emisor

Producto a contratar Plan (solo para multivida)

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

Cliente Inbursa Identificador comercial¹ RFC con homoclave
Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno Apellido materno

1 A ser llenado por el asesor

1.1 Generales

Fecha de nacimiento Entidad federativa de nacimiento País de nacimiento
Género: ☐ 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

1.2 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

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: ☐ Personal ☐ Trabajo

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 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?

F-XXX DICIEMBRE 2020

Cargo:

Fecha en que dejó el cargo

Nombre(s) y apellidos

1.4 Datos del empleo actual

Nombre de la empresa o entidad donde trabaja

Puesto

Antigüedad

Ingresos mensuales

Teléfono

Extensión

Ocupación, profesión, actividad y giro del negocio / describa sus labores

2. Información del seguro a contratar

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

Moneda: ☐ Dólares ☐ Moneda nacional ajustable ☐ Moneda nacional (solo multivida) ☐ Preeduca

Suma asegurada fallecimiento

Suma asegurada supervivencia (en caso de aplicar)

Plazo del seguro

Plazo de pago de primas

Plan

Retiro Activo

Educa

Valor Inbursa (Solo dólares)

Deducible de impuestos (Artículo 151 LISR) ☐ No ☐ Sí

Relación con el asegurado menor

Contrata Bit: ☐

Prima: \$

2.1 Coberturas adicionales (no aplica para Valor Inbursa)

Cobertura		Suma asegurada	Cobertura		Suma asegurada
1		\$	4		\$
2		\$	5		\$
3		\$	6		\$

Verificar coberturas, productos en los que aplican y descripciones al final de la solicitud

2.1 Información adicional

Datos del asegurado menor (Educa) o datos del cónyuge en caso de haber seleccionado RMF (Retiro Activo)

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Fuma: ☐ Si ☐ No

2.2 Cuestionario

Es necesario que conteste completamente el siguiente cuestionario, en caso de existir alguna respuesta afirmativa anexar carta indicando fecha de inicio, diagnóstico, tratamiento, evolución, estado actual, razones, causas y/o consecuencias.

1. Peso (kg) Estatura (cm)

Sí No

2. A usted le ha sido diagnosticado o esta bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente Vascular Cerebral (Trombosis, Embolia o Hemorragia) y/o aneurismas cerebrales, Infarto, Angina de Pecho, Aneurismas, Arritmia, Enfermedades Valvulares Cardíacas o Bypass Coronario, Insuficiencia Coronaria, Hipertensión Arterial, Cirrosis Hepática, Insuficiencia Renal o rechazo de trasplante, Enfermedades Hepáticas Crónicas, Pancreatitis, Cáncer o Tumor de cualquier tipo y estadio, Leucemia, Hemofilia, SIDA, Trasplantes de Órganos Vitales (Corazón, Hígado, Pulmones, Páncreas o Médula Ósea), Parálisis o Paraplejía, Corazón, circulación o presión arterial alta, Enfisema, Bronquitis, Asma o cualquier otra enfermedad del pulmón, Diabetes, Esclerosis Múltiple, Hígado, Riñones o Úlceras Gástricas o Duodenales, Vesícula Biliar, Próstata, Intestinos u Órganos Sexuales o alguna otra que no le hayamos mencionado anteriormente?

☐ ☐

3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad en útero, ovarios, glándulas mamarias, actualmente está embarazada, ha tenido alguna complicación durante sus embarazos? Responder sólo en caso de ser mujer.

☐ ☐

4. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad no mencionada anteriormente?

☐ ☐

5. ¿Usted participa en eventos de buceo, taumaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea?

☐ ☐

6. ¿Fuma?

☐ ☐

2.3 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 tendría 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.

2.3.1 Beneficiario 1

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación o parentesco	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Firma de beneficiario irrevocable			

2.3.2 Beneficiario 2

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación o parentesco	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Firma de beneficiario irrevocable			

El solicitante manifiesta que el domicilio de su(s) Beneficiario(s) es el mismo que el suyo, en caso de que no lo fuera, requisitará el formato "Designación o cambio de Beneficiario" con el domicilio correspondiente.

3. Otros seguros

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en esta u otra(s) compañía(s), distinto(s) a el(los) que sin costo para usted le hubiere otorgado su empleador o sea(n) accesorio(s) a la adquisición de un producto o servicio tales como tarjetas de crédito o débito? Si la suma asegurada por tales seguros, vigente a la fecha, no excede en conjunto un millón de pesos puede omitir la respuesta. ☐ Sí ☐ No

Compañía	Suma asegurada	Moneda	Año de admisión	Año de emisión
	\$			
	\$			

¿Ha sido rechazado, extraprimado o le han aplicado algún endoso de exclusión en alguna solicitud de seguro de vida o gastos médicos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo anexar carta detallando causas.

4. Forma de pago

Cobro bancario: ☐ Sí ☐ No Periodo de pago: ☐ Mensual¹ ☐ Trimestral¹ ☐ Semestral ☐ Único ☐ Anual

¹ No aplica en Valor Inbursa

Si el pago es domiciliado, favor de anexar formato de domiciliación vigente.

5. 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 solicitante (señalado en el numeral 1.2)

☐ En la siguiente sucursal de Seguros Inbursa: _____, o

2) ☐ Vía correo electrónico del solicitante (señalado en el numeral 1.2)

6. Declaraciones del solicitante

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

--	--

Firma del solicitante (contratante)

7. Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A. a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. De igual forma autorizo a Seguros Inbursa, S.A., 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.

Firma del solicitante (contratante)

7. 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 renovación automática, 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, 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 para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Comentarios como resultado de la entrevista

Nombre y firma del asesor

8. Comisiones

Asesor 1	Asesor 2
Clave: _____	Clave: _____
Participación: <input type="text"/> %	Participación: <input type="text"/> %
Nombre y firma	Nombre y firma
Comisiones para el asesor: <input type="checkbox"/> Niveladas <input type="checkbox"/> Decrecientes	Comisión cedida: <input type="text"/> %

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 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 www.gob.mx/condusef

Coberturas adicionales

De accidente

- DI¹ Pago de suma asegurada por muerte accidental
- DIC¹ Pago de suma asegurada por muerte accidental colectiva
- DIPM¹ Pago de suma asegurada por muerte accidental y pérdida de miembros
- DIPMC¹ Pago de suma asegurada por muerte accidental y pérdida de miembros colectiva

De invalidez

- BIT Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
- BITP Pago de suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- BITPA⁴ Pago de suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente
- IVD Pago de la suma asegurada por Invalidez de vida diaria

Otras coberturas adicionales

- SEVIMAX Enfermedades graves familiar
- BAC Beneficio adicional conyugal (En caso de contratar esta cobertura se deberá adjuntar el ANEXO BAC)
- GF^{1,2} Gastos funerarios familiar
- GFM^{2,3} Gastos funerarios menor
- RMF³ Renta Mensual por Fallecimiento
- BEC³ Beneficio extensión de cobertura (se deberá indicar si es ordinario de vida OV o pagos limitados PL)

¹ No aplica para Educa ² No aplica para Retiro ³ No aplica para Multivida y Vanguardia ⁴ Sólo Multivida

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__ de__de__, con el número: _____/CONDUSEF

F-XXX DICIEMBRE 2020