

1.3 Información adicional del solicitante (contratante)

¿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, 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 completo

2. Datos generales del contratante (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona: ☐ Física RFC con homoclave

☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha nacimiento/constitución

Entidad federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

Género: Estado civil:

☐ Femenino ☐ Casado

☐ Masculino ☐ Soltero

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:

☐ Residente permanente

☐ Residente temporal

☐ Otra

Tipo de identificación

Número de identificación

CURP

FIEL

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

Folio mercantil

2.1 Domicilio y contacto

Calle

No. exterior

Edificio

No. interior

Entre calle

y calle

C.P.

Colonia

Ciudad o población

Demarcación o municipio

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

2.2 Información adicional del contratante

¿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, 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 completo

3. Representante legal

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Tipo de identificación

Número de identificación

4. Información del seguro a contratar

Vigencia deseada Desde las 12:00 hrs. del / / hasta las 12:00 hrs. del / /

Póliza anterior

Número

Fecha de vencimiento

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

4.1 Características del asegurado

Especialidad (1)

Institución que otorga el título

Número de Cédula profesional (anexar copia)

Número de Registro de la Secretaría de Salud

Antigüedad en el ejercicio profesional años meses

Especialidad (2)

Institución que otorga el título

Número de Cédula profesional (anexar copia)

Número de Registro de la Secretaría de Salud

Antigüedad en el ejercicio profesional años meses

Especialidad (3)

Institución que otorga el título

Número de Cédula profesional (anexar copia)

Número de Registro de la Secretaría de Salud

Antigüedad en el ejercicio profesional años meses

☐ Cuenta con consultorio particular

☐ Ejerce sus actividades exclusivamente en su consultorio

Indicar otros lugares de trabajo: ☐ Clínica ☐ Hospital ☐ Sanatorio ☐ Otro

☐ Posee o usa aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, incluyendo aparatos de Rayos X

☐ Ha tenido en los últimos 5 años alguna reclamación de Responsabilidad Civil Profesional

Describirla

4.2 Coberturas

Cobertura Básica	Suma asegurada
Responsabilidad Civil Profesional ¹	\$
Cobertura adicional	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Arrendatario ²	\$

1 La suma asegurada no deberá exceder \$5,000,000 M.N.

2 La suma asegurada no deberá exceder \$2, 500,000 M.N como Sublímite

5. Forma de pago

Cobro bancario: ☐ Sí Periodo de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Único
☐ No Moneda: ☐ Nacional ☐ Dólares
Recibo: ☐ Individual ☐ Global (más de una ubicación) ☐ Filial

Si la prima será pagada por un tercero diferente al solicitante/contratante o si se requiere recibo por filial, se deberá llenar el anexo de datos de facturación de tercero diferente al solicitante/contratante o filial.

5.1 Llenar en caso de que su pago sea domiciliado con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta de cheques

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

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 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 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) 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 el 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 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.

6. 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 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.

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

d	d	/	m	m	/	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante

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

6.1 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 solicitante

Nombre y firma del 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 proponente y/o asegurado y/o contratante (solicitante).

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), 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.

Nombre y firma del asesor

8. Comisiones

Comisión cedida <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Asesor 1	Asesor 2
Clave <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Clave <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Participación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	Participación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
Nombre y firma	Nombre y firma

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 para la Ciudad de México y Área Metropolitana y 01 800 90 90000 para todo el país, 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 i-móvil app.

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 en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238 0649 o 01 800 849 1000 para todo el país de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, 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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de septiembre de 2001, con el número DVA-S-320-2001/CONDUSEF-001093-01.