

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., 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 (contratante)

Cliente Inbursa Identificador comercial RFC con homoclave Tipo de persona: ☐ Física ☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

1.1 Generales

Fecha nacimiento/constitución Entidad federativa de nacimiento/constitución País de nacimiento/constitución

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 ☐ Otra

Tipo de identificación Número de identificación

CURP FIEL

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social Folio mercantil

1.2 Domicilio y contacto

Calle No. exterior Edificio No. interior

Entre calle y calle C.P. Colonia

Ciudad o población Alcaldía 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

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:

Nacionalidad

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

☐ Femenino ☐ Casado

☐ Residente permanente

☐ Masculino ☐ Soltero

☐ Residente temporal

Tipo de identificación

Número de identificación

☐ Otra

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

Alcaldía 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 del solicitante (contratante)

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 Ubicación del bien asegurado

Calle No. exterior Edificio No. interior C.P. Colonia

Ciudad o población

Entidad federativa

Demarcación o municipio

País

Actividad o giro del negocio

4.2 Coberturas

Cobertura Básica	Suma asegurada ¹
Daños y Perjuicios a Terceros	\$

¹ La suma asegurada de la cobertura básica no debe exceder de \$15,000,000 M.N.

Coberturas adicionales

Suma asegurada

- | | | | |
|--|--|----|--|
| <input type="checkbox"/> Arrendatario | <input type="checkbox"/> Adicional | \$ | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> Sublímite | \$ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Asumida o Contractual | | \$ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Contaminación | | \$ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Contaminación en el Predio | | | |
| <input type="checkbox"/> Explosivos ² | | | |
| <input type="checkbox"/> Maniobras de Carga y Descarga | | | |
| <input type="checkbox"/> Productos en el Extranjero | \$ | | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Productos Territorio Nacional | | | |
| <input type="checkbox"/> Profesional | Profesión (excepto médicos y agentes de seguros) | | No. de cédula profesional (anexar copia) |

Responsabilidad Civil Estacionamiento:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Principal | <input type="checkbox"/> Accesorio |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento con acomodador | |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento sin acomodador | |

Suma asegurada	\$	<input type="text"/>
Sublímite por unidad	\$	<input type="text"/>
Número de cajones		<input type="text"/>

Responsabilidad Civil Taller:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba |
| <input type="checkbox"/> Recolección y entrega |

Suma asegurada	\$	<input type="text"/>
Sublímite por unidad	\$	<input type="text"/>
Radio de acción para talleres (km)		<input type="text"/>

Responsabilidad Civil Hotel:

- ☐ Guardarropa
- ☐ Equipaje de huéspedes
- ☐ Caja de seguridad (administración)
- ☐ Caja de seguridad (habitación)
- ☐ Sublímite por habitación
- ☐ Tintorería y/o lavandería
- ☐ Sublímite por prenda

2 Requiere autorización del área técnica

Sublímite de suma asegurada	Sublímite por evento
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$

5. Forma de pago

Cobro bancario: ☐ Sí ☐ No Periodo de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Único
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.

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 %

Asesor 1

Clave

Participación %

Nombre y firma

Asesor 2

Clave

Participación %

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-323-2001/CONDUSEF-002641-01.