



Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

**SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO
DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
INDIVIDUAL Y SEVI SOLO PARA
RESIDENTES EN MÉXICO**

Emisor (SII) SAUPURE Clave del Agente SAUPUREIN SA

PARA CUALQUIER DUDA RELACIONADA CON EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD, PONEMOS A SU DISPOSICIÓN LOS SIGUIENTES NÚMEROS TELEFÓNICOS: EN EL DISTRITO FEDERAL Y SU ÁREA METROPOLITANA EL 54-47-8000 Y DESDE EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA EL 01-800-90-90000 Ó EN LA PÁGINA DE INTERNET www.inbursa.com, DONDE CON GUSTO LE ATENDEREMOS.

Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse

"Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8o. 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 o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro"

Datos Generales del Solicitante 1 (Titular)

Apellido Paterno	Apellido Materno
SAUPUREIN SAFAR MARC	SAUPUREIN SAFAR MARC
Primer Nombre	Segundo Nombre
SAUPUREIN SAFAR MARC	SAUPUREIN SAFAR MARC
Género	Fecha de Nacimiento
M <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DD / MM / AA 20/05/1985
Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave
MEXICANO	AWEDFR126WS9A
C.U.R.P.	Firma Electrónica Avanzada (Fiel)
SAUPUREIN SAFAR MA	SAUPUREIN SAFAR MARC
Tipo de Identificación	Número de Identificación
SAUPUREIN SAFAR MA	SAUPUREIN SAFAR MARC
País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
SAUPUREIN SAFAR MA	SAUPUREIN SAFAR MARC

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

Residente temporal	<input type="checkbox"/>
Residente permanente	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Domicilio Calle:	Edificio:	No. Exterior / No. Interior:	Código Postal:
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPU	SAUPU SAUPU	SAUPU
Colonia / Fraccionamiento:	Delegación / Municipio:		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Ciudad o Población:	Entidad Federativa (Estado):		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Teléfono Particular:	Correo Electrónico		
SAU SAUPUREI	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		

Indique su principal ocupación relacionada con su actividad económica/principal fuente de ingresos

Asalariado	Ingreso por Honorarios	Actividad Empresarial
Empleado Privado <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Empresario <input checked="" type="checkbox"/> Comisionista <input checked="" type="checkbox"/>
Empleado Público <input checked="" type="checkbox"/>	Indique la Actividad	Comerciante <input checked="" type="checkbox"/> Indique
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		SAUPUREIN SAFAR
Sin Actividad Económica	Otros Ingresos:	Inversionista <input checked="" type="checkbox"/> Otro
Desempleado <input checked="" type="checkbox"/> Ama de casa <input checked="" type="checkbox"/> Estudiante <input checked="" type="checkbox"/>	Arrendatario <input checked="" type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado/Retirado <input checked="" type="checkbox"/>	SAUPUREIN SAFAR MA
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 el Extranjero?	
No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué cargo?	No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué cargo?	
SAUPUREIN SAFAR MA	SAUPUREIN SAFAR MA	
Fecha en que dejó el cargo	Fecha en que dejó el cargo	Parentesco
DD / MM / AA 20/05/2020	DD / MM / AA 20/05/2020	SAUPUREIN SAFAR

Datos Generales de Solicitantes Adicionales (familiares)

En caso de que algún(os) integrante(s) de la familia tenga(n) dirección diferente a la del Titular, se deberá notificar por escrito a la Compañía y anexar comprobante de domicilio. En caso de pólizas familiares deben detallarse solamente los dependientes económicos del titular de mayor a menor edad. Los hijos deberán ser solteros y menores de 25 años y no percibir ingresos por trabajo personal.

Solicitante 2	
Apellido Paterno	Apellido Materno
Primer Nombre	Segundo Nombre
Género	Fecha de Nacimiento
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DD / MM / AA
Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave
Parentesco con el Solicitante Titular:	C.U.R.P.

Solicitante 3			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave
Parentesco con el Solicitante Titular:		C.U.R.P.	
Solicitante 4			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave
Parentesco con el Solicitante Titular:		C.U.R.P.	
Solicitante 5			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave
Parentesco con el Solicitante Titular:		C.U.R.P.	

Datos Generales del Contratante (Llénese sólo en caso de que el Contratante sea distinto al Solicitante 1 (Titular))			
Tipo de Persona Física <input checked="" type="checkbox"/> Moral <input checked="" type="checkbox"/>		Denominación o Razón Social SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
Apellido Paterno SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Apellido Materno SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
Primer Nombre SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Segundo Nombre SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
R.F.C. con Homoclave SAUPUREIN SAF	C.U.R.P. SAUPUREIN SAFAR MA	Estado Civil Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/>	Género M <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> Edad 35 Fecha de Nacimiento/de constitución DD / MM / AAAA 20/05/1985 AAAA
País de Nacimiento MEXICO	Entidad Federativa de Nacimiento SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	Nacionalidad SAUPUREIN SAFAR MARC	
En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración		Residente temporal <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>	
Domicilio Calle: SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Edificio: SAUPU	No. Exterior / No. Interior: Código Postal: SAUPU SAUPU SAUPU SAUPU
Colonia / Fraccionamiento: SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Delegación / Municipio: SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
Ciudad o Población: SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Entidad Federativa (Estado): SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
Teléfono Particular: SAU SAUPUREI	Correo Electrónico SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Firma Electrónica Avanzada (Fiel) SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		Folio Mercantil (sólo en caso de ser Persona Moral) SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	
Identificación MEXICO	Tipo de Identificación SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	Número de Identificación SAUPUREIN SAFAR MARC	

Desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años función pública en México o en el Extranjero? No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Qué cargo? <input style="width: 150px;" type="text"/> Fecha en que dejó el cargo <input style="width: 100px;" type="text"/>		¿Usted es familiar de una persona que desempeñe o haya desempeñado en los últimos dos años alguna función pública en México o en el Extranjero? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Qué cargo? <input style="width: 150px;" type="text"/> Fecha en que dejó el cargo <input style="width: 100px;" type="text"/> Parentesco <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Seleccione el sector al que pertenece			
1. Sector Privado: Sociedad Mercantil <input checked="" type="checkbox"/> Sociedad o Asociación Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Con Fines de Lucro <input checked="" type="checkbox"/> Donataria <input checked="" type="checkbox"/>	2. Sector Financiero Banco de México <input checked="" type="checkbox"/> Banca de Desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Banca Múltiple <input checked="" type="checkbox"/> Financiera Pública <input checked="" type="checkbox"/> Financiera Privada <input checked="" type="checkbox"/>	3. Sector Público Gobierno Federal <input checked="" type="checkbox"/> Gobierno Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Gobierno Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Organismo Descentralizado <input checked="" type="checkbox"/> Participación Estatal <input checked="" type="checkbox"/>	4. Sector Financiero Financieras <input checked="" type="checkbox"/> No Financieras <input checked="" type="checkbox"/>
Información Adicional			
¿Alguno de los accionistas, socios, asociados, altos directivos o miembros del consejo de administración, su cónyuge, concubina(rio) o personas con parentesco de consanguinidad 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 checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> Nombre <input style="width: 300px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL ¿Qué cargo? <input style="width: 200px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL Fecha en que dejó el cargo <input style="width: 150px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL			
Cobro Bancario		Forma de Pago	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Anual <input checked="" type="checkbox"/> Semestral <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input checked="" type="checkbox"/> Mensual	
Seleccione una de las siguientes opciones			
Pago mediante Tarjeta de Crédito Bancaria Banco <input style="width: 150px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL No. Tarjeta <input style="width: 150px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL Fecha de vencimiento <input style="width: 100px;" type="text"/> 20/05/2020			
Cuenta de cheques Banco <input style="width: 150px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		No. de cuenta o No. CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) <input style="width: 150px;" type="text"/> SAUPUREIN SAFAR MA Invariablemente 18 dígitos	

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) correspondiente(s) de la póliza que se emita de acuerdo al 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 periodo, 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 cuenten 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) 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 pretenda surtir 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 se pueda realizar el cargo.

Nombre y Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Tipo de Seguro o plan a contratar			
Elija una de las siguientes opciones a contratar			
Características	I. Inburmedic	Cobertura	Honorarios Quirúrgicos
Inburmedic: <input checked="" type="checkbox"/> Con Restricción Hospitalaria <input checked="" type="checkbox"/> Sin Restricción Hospitalaria <input checked="" type="checkbox"/> Inburmedic con Atención Exclusiva en la Red-Segumed Inbursa	Suma Asegurada <input style="width: 100px;" type="text"/> SAUPUREIN SA Deducible por Enfermedad Cubierta <input style="width: 100px;" type="text"/> SAUPUREIN SA Deducible por Accidente Cubierto \$500 Coaseguro por Enfermedad Cubierta <input style="width: 50px;" type="text"/> 100 %	<input checked="" type="checkbox"/> Cobertura Básica	Llenar sólo cuando se haya optado por Con o Sin restricción hospitalaria o Atención Exclusiva en la Red - Segumed con Cobertura Internacional <input checked="" type="checkbox"/> Con Tabulador \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> SAUPUREI y <input checked="" type="checkbox"/> Con Ambulancia Aérea <input checked="" type="checkbox"/> Sin Tabulador \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> SAUPUREI y <input checked="" type="checkbox"/> Con Ambulancia Aérea <input checked="" type="checkbox"/> Amplio

Coberturas Opcionales		
<input checked="" type="checkbox"/> Emergencia Internacional * <input checked="" type="checkbox"/> Cobertura Internacional <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Catastróficas en el Extranjero* <input checked="" type="checkbox"/> Maternidad <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Gastos Funerarios</div> <div>Suma Asegurada \$ SAUPUREIN</div> </div> <input checked="" type="checkbox"/> Previsión Familiar <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>- Enfermedades Graves (SEVI)</div> <div>Suma Asegurada \$ 300.000</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular y Cónyuge</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Todos los asegurados mayores a 19 años</div> </div>	Coberturas de Accidentes Personales Elegir sólo una opción de cada uno de los siguientes apartados: <input checked="" type="checkbox"/> - Muerte Accidental <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular y Cónyuge</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Todos los asegurados mayores a 12 años</div> </div> <input checked="" type="checkbox"/> - Muerte Accidental y Pérdida de Miembros <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Titular y Cónyuge</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Todos los asegurados mayores a 12 años</div> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> Aplicación de Deducible por accidente (Gerencia Monterrey) / Exención de Deducible por Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Paquete Plus** <input checked="" type="checkbox"/> Atención por Accidentes en Hospitales Diferentes (sólo plan con restricción de hospitales)** <input checked="" type="checkbox"/> Disminución de Coaseguro por Pago Directo**

* No marcar cuando se solicite la Cobertura Internacional

** No se ofrece para Inburmedic con Atención Exclusiva en la Red - Segumed Inbursa

II. Enfermedades Graves (SEVI)	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Graves (SEVI)	Suma Asegurada \$ 300.000

III. Inburmedic Star Médica						
<input checked="" type="checkbox"/> Inburmedic Star Médica	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 6
Suma Asegurada	\$2,000,000	\$4,000,000	\$6,000,000	\$6,000,000	\$14,000,000	\$17,000,000
Deducible por enfermedad	\$10,500	\$11,500	\$15,000	\$11,500	\$13,500	\$15,000
Coaseguro por enfermedad	10%	10%	10%	10%	10%	10%

Coberturas Adicionales	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastos Funerarios	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Graves (SEVI)	
<input checked="" type="checkbox"/> Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica	

IV. Christus Muguerza			
<input checked="" type="checkbox"/> Christus Muguerza	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C
Suma Asegurada	\$2,000,000	\$6,000,000	\$12,000,000
Deducible por enfermedad	\$10,500	\$10,500	\$10,500
Coaseguro por enfermedad	10%	10%	10%

Coberturas Adicionales	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastos Funerarios	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Graves (SEVI)	

Información Adicional	
Reconocimiento de Antigüedad Fecha: DD 20/05/2020 AA A Se requiere anexar carátula y último recibo de pago Otra información: <input checked="" type="checkbox"/> Cuenta Integral <input checked="" type="checkbox"/> Cuenta CT / EFE / Tarjeta de Crédito	Tarifa por zona: SAUPUREIN SAFAR MARCOS DA

Designación de beneficiarios	
Advertencias: 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 hiciere de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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.	

Beneficiario			
Domicilio Calle:	Edificio:	No. Exterior / No. Interior:	Código Postal:
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPU	SAUPU SAUPU	SAUPU
Colonia / Fraccionamiento:	Delegación / Municipio:		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Ciudad o Población:	Entidad Federativa (Estado):		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Apellido Paterno	Apellido Materno		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Primer Nombre	Segundo Nombre		
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL	SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL		
Porcentaje 100 %	Beneficiario: Revocable <input checked="" type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>		
Género M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD 20/05/2020 AA A	Parentesco (para efectos de identificación) SAUPUREIN SAFAR MARCOS DA	Nacionalidad MEXICANA
		País de Nacimiento MEXICO	
Firma del Beneficiario Irrevocable			

Cuestionario Médico									
<p>1) Es necesario que conteste con una X en forma completa cada una de las preguntas de este cuestionario, en caso contrario no será aceptada esta solicitud.</p> <p>2) En caso de que alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información de los recuadros siguientes y/u hoja adicional.</p> <p>3) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisados por el área de selección médica.</p>									
Solicitantes									
Sección 1									
<p>1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad?</p> <p>2.- ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?</p> <p>3.- ¿Le han practicado y/o tiene pendiente pruebas de laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros?</p> <p>4.- ¿Le han practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?</p> <p>5.- ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo, estupefacentes o sustancias psicotrópicas?</p>									
Sección 2									
Alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza le ha sido diagnosticado, padece, ha padecido o ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades:									
<p>6.- Tumores o neoplasias (cáncer de: mama, cervicouterino, próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros)</p> <p>7.- Del sistema circulatorio (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, flebitis, várices, hemorroides, entre otras)</p> <p>8.- Del sistema endocrino (diabetes mellitus, obesidad, tiroides, paratiroides, hipofísis, suprarrenales, hiperuricemia, entre otras)</p> <p>9.- Congénitas y/o malformaciones de nacimiento.</p> <p>10.- Del sistema hematopoyético e inmune (anemia, púrpura, defectos de la coagulación, del bazo, lupus, inmunodeficiencias, entre otras)</p> <p>11.- Infecciosas (tuberculosis, sífilis, encefalitis, meningitis, herpes zoster, hepatitis viral, SIDA entre otras)</p> <p>12.- Del sistema nervioso (epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hidrocefalia, encefalopatía, cerebro vascular, de la médula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad retraso mental, entre otras)</p> <p>13.- Del sistema respiratorio (neumonía, bronquitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras)</p> <p>14.- Del sistema digestivo (hernia hiatal, esofagitis, úlcera gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, absceso anal, insuficiencia hepática, pancreatitis, entre otras)</p> <p>15.- Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras)</p> <p>16.- Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomerulonefritis, trastornos testiculares, trastornos de vejiga, insuficiencia renal, entre otras)</p> <p>17.- Del sistema osteomuscular (trastornos de columna vertebral o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras)</p> <p>18.- Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucoma, neuritis óptica, estrabismo, alteraciones de la visión, ceguera, entre otros)</p> <p>19.- Del oído (vértigo, otitis, otoesclerosis, hipoacusia, entre otras)</p> <p>20.- ¿Ha sufrido algún accidente que ameritará tratamiento intrahospitalario o quirúrgico (heridas, traumas, fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, entre otros)?</p> <p>21.- ¿Practica algún deporte peligroso (charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros) o vuela en aeronaves particulares (indicar frecuencia en la sección de ampliación del cuestionario médico)?</p> <p>22.- ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?</p> <p>23.- ¿Otras enfermedades, afecciones o lesiones diferentes a las señaladas anteriormente?</p>									
Sección 3									
Sírvese contestar solo en caso de que las personas que van a incluirse en la presente póliza pertenezcan al género femenino.									
<p>24.- ¿Padece ha padecido o ha estado bajo tratamiento médico-quirúrgico por enfermedades de las glándulas mamarias, útero, ovario o cérvix (miomas, displasia cervical, papiloma, quistes ováricos, endometriosis, entre otras)?</p> <p>25.- ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?</p> <p>26.- ¿Actualmente está embarazada?</p> <p>27.- ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores (amenaza de aborto o abortos, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, entre otras)?</p>									
En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, sírvase proporcionar mayor información (utilizando sólo el renglón correspondiente para cada Solicitante).									
No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios							
		Fecha	Estado Actual						
		D D / M M / A A A A							
No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios							
		Fecha	Estado Actual						
		D D / M M / A A A A							

No. Solicitante

No. Pregunta

Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios

Fecha

Estado Actual

No. Solicitante

No. Pregunta

Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios

Fecha

Estado Actual

No. Solicitante

No. Pregunta

Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios

Fecha

Estado Actual

Hábitos Generales

Solicitante	Peso (kg)	Estatura	Fuma		¿Desde que año?	Número y frecuencia de cigarros				¿Toma alcohol?		¿Desde que año?	Número y frecuencia de copas			
			Si	No		Cantidad	D	M	A	Si	No		Cantidad	D	M	A
1	999	999	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9999	999	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9999	999	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Nota:

D= Diario, M=Mensual, y A= Anual

Nombre y firma del evaluador

Fecha y hora de evaluación

Declaratoria del Contratante / Solicitante

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que proporcione 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 representante 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.

Asimismo declaro que el agente de seguros me informó de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de las coberturas y forma de conservarla o darla por terminada, además se proporciona a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcione la institución de seguros para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por la institución de seguros en términos de los artículos 36, 36-A, 36-B, 36-C y 36-D de esta Ley general de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Tengo conocimiento que el agente de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad, y adicionalmente el agente de seguros no proporcionará datos falsos de la institución de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para la misma.

Manifiesto que mi actuación al operar este contrato será de buena fe, por lo que no permitiré que se utilice este contrato, ni en todo, ni en parte para fines ilícitos.

Adicionalmente declaro que he sido apercibido de las responsabilidades civiles y/o penales en las que pueden incurrir las personas que permitan a terceros el acceso o uso del contrato sin haberlo declarado, que oculten información o presenten información falsa en el uso de este contrato o que actúen como prestanombres de terceros para uso indebido de este contrato.

Lugar y fecha de solicitud Población y Estado Fecha
SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL 20/05/2020

Firma del Solicitante

Firma del padre, tutor o representante legal
(sólo en caso de menores)

Firma del Contratante

Para aspectos internos de la compañía

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

SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL

SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL

¿Se realizó la visita al cliente? ☒ Sí ☒ No

Resultado de la visita SAUPUREIN SAFAR MARCOS DANIEL

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).

Clave del Agente

SAUPUREIN SA

Nombre

SAUPUREIN SA

% Comisión
Cedida

100

Firma del Agente

“ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD”

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 22 de noviembre de 2016, con el número CNSF-S0022-0913-2016, a partir de día 22 de febrero de 2013, con el número CNSF-S0022-427-2012, a partir del día 09 de mayo de 2017, con el número CNSF-S0022-0782-2016, a partir del día 25 de febrero de 2013, con el número CNSF-S0022-0424-2012, a partir del día 01 de julio de 2016, con el número CNSF-S0022-0571-2016.