



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

### CONSTANCIA DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO

Folio: \_\_\_\_\_.  
(No. de Solicitud)

Nombre Completo del Solicitante:  
(Nombre(s) Apellido Paterno y Materno)  
Presente

Por medio de la presente se hace constar que Usted esta protegido con una cobertura para en caso de que ocurra su Fallecimiento durante la vigencia de esta constancia, con una Suma Asegurada de \$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), conforme a las Condiciones Generales del seguro solicitado.

Esta constancia inicia su vigencia desde las 12:00 horas de la fecha de expedición de la misma, hasta el inicio de vigencia o declinación del seguro solicitado a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa o un plazo máximo de 90 (noventa) días, lo que ocurra primero.

En caso de que ocurriera Su fallecimiento dentro de la vigencia de esta constancia, pagaremos a la(s) persona(s) designada(s) como Beneficiario(s) en la Solicitud de Seguro, la Suma Asegurada que arriba se indica en una sólo exhibición.

La presente constancia será válida siempre y cuando Usted haya requisitado y firmado la solicitud de seguro, cuyo folio aparece en la parte superior derecha.

Lugar y fecha de expedición  
\_\_\_\_\_

Atentamente,

Seguros Inbursa, S. A.,  
Grupo Financiero Inbursa.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Agente 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Agente 2

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-\_\_\_\_-\_\_\_\_.