

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

**Emisor**

<b>Nombre del titular</b>	<b>Número de póliza (para póliza existente)</b>	<b>Producto</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

**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 cónyuge o concubina(rio)**

<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Entidad federativa de nacimiento</b>	<b>País de nacimiento</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

<b>Género</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:</b>	<b>Residente permanente</b>
Femenino	Casado	<input style="width:95%;" type="text"/>		Residente temporal
Masculino	Soltero	<input style="width:95%;" type="text"/>		Visitante
				Otro <input style="width:95%;" type="text"/>

<b>Tipo de identificación</b>	<b>Número de identificación</b>	<b>RFC con homoclave</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

<b>CURP</b>	<b>FIEL</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

**Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio**

**1.1 Domicilio del cónyuge o concubina(rio)**

<b>Calle</b>	<b>Núm. exterior</b>	<b>Edificio</b>	<b>Núm. interior</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Entre calle y calle</b>	<b>C.P.</b>	<b>Colonia</b>	
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	
<b>Alcaldía o municipio</b>	<b>Ciudad o población</b>	<b>Entidad federativa</b>	<b>País</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

**1.2 Contacto del cónyuge o concubina(rio)**

<b>Teléfono fijo</b>	<b>Teléfono móvil</b>	<b>Correo electrónico</b>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

**1.3 Información adicional del cónyuge o concubina(rio)**

**¿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?**    Si    No

F-2161-5 ABRIL 2024

¿Quién?

Nombre(s) y apellidos

--	--

Cargo

Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)

--	--

#### 1.4 Datos del empleo actual de cónyuge o concubina(rio)

Nombre de la empresa o entidad donde trabaja

--

Puesto

Antigüedad

Ingresos mensuales

Teléfono

Extensión

--	--	--	--	--

Describe en que consisten sus actividades

--

**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 [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com).

#### 2. Cuestionario del cónyuge o concubina(rio)

Peso (kg)

Estatura (cm)

Es necesario que conteste completamente el siguiente cuestionario, en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias.

Si No

1. En los últimos cinco años. ¿Ha consultado a algún médico, ha estado sujeto a algún tratamiento médico, ha estado internado en un hospital o sanatorio o padece alguna incapacidad?
2. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?
3. ¿Alguno de sus abuelos, padres, tíos, hermanos, padecen o han padecido de: Diabetes, cáncer, infarto al miocardio y/o epilepsia?
4. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Accidente vascular cerebral (trombosis, embolia o hemorragia), infarto al miocardio o insuficiencia coronaria, insuficiencia renal, cáncer o tumor, trasplantes de órganos vitales (corazón, hígado, riñones, pulmones, páncreas o médula ósea), parálisis o paraplejía, corazón, circulación o presión arterial alta, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón, diabetes, hígado, riñones o úlceras gástricas o duodenales, vesícula biliar, próstata, intestinos u órganos sexuales, alcoholismo o drogadicción?
5. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones (Osteoporosis, artritis reumatoide, lesiones de los meniscos, deformidades de la columna vertebral y del tórax, lupus, amputaciones, reemplazo articular)?
6. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?
7. ¿Se le ha practicado alguna prueba de sangre para detectar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con éste?

¿Cuál fue el resultado y en que fecha se realizó?

--

8. ¿Practica algún deporte, maneja motocicleta o acostumbra viajar en avión de servicio particular?

Horas de vuelo al año:

--

9. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, acostumbra fumar o ha usado algún tipo de droga o estupefaciente?
10. ¿Utiliza armas de fuego, maquinaria pesada o de alto riesgo, material peligroso u otros?
11. ¿Realiza Usted alguna actividad relacionada con la producción, distribución o compraventa de enervantes o estupefacientes?
12. ¿Tiene antecedentes penales?
13. ¿Fuma?

#### Preguntas sólo para mujeres

14. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o cirugía en útero, ovarios, vagina o glándulas mamarias?
15. ¿Está embarazada, se le han practicado cesáreas o ha tenido alguna complicación en algún embarazo?
16. ¿Le han realizado histerectomía?

## 2.1 Ampliaciones

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas de los cuestionarios anteriores, indique el número de pregunta y proporcione información amplia al respecto (fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios).

Número de pregunta	Fecha	Información

## 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 tendrá 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 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.
- 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.

### 3.1 Beneficiario 1

Beneficiario irrevocable      Beneficiario revocable      Porcentaje  %

**Primer nombre**       **Segundo nombre**

**Apellido paterno**       **Apellido materno**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**       **Relación o parentesco**       **Genero**  
Femenino      Masculino

**Calle**       **Núm. exterior Edificio**       **Núm. interior**

**C.P.**       **Colonia**       **Alcaldía o municipio**

**Ciudad o población**       **Entidad federativa**       **País**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Beneficiario irrevocable**

### 3.2 Beneficiario 2

Beneficiario irrevocable      Beneficiario revocable      Porcentaje  %

**Primer nombre**       **Segundo nombre**

Apellido paterno

Apellido materno

--	--

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Relación o parentesco

Género

--

--

Femenino

Masculino

Calle

Núm. exterior

Edificio

Núm. interior

--

--

--

--

C.P.

Colonia

Alcaldía o municipio

--

--

--

Ciudad o población

Entidad federativa

País

--

--

--

Firma de Beneficiario irrevocable

#### 4. 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 sean, 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. Si No

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Año de emisión	Estado actual

¿Usted o su cónyuge o concubina(rio) han sido rechazados, extraprimados, o les han aplicado algún endoso de exclusión en alguna solicitud de seguro de vida o gastos médicos? Si No

En caso afirmativo, detallar

--

#### 5. Declaraciones del cónyuge o concubina(rio)

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 respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad 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 y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia, 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 (dd/mm/aaaa)

--	--

Firma del cónyuge o concubina(rio)

#### 6. Consentimiento del cónyuge o concubina(rio) para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información 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.

Firma del cónyuge o concubina(rio)

**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](http://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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y en [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef)

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 30 de mayo de 2003, con el número CNSF-S0022-0372-2003; a partir del día 16 de enero de 2006, con el número CNSF-S0022-0617-2005; a partir del día 08 de febrero de 2006, con los números CNSF-S0022-0139-2006 y CNSF-S0022-0140-2006; a partir del día 2 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0022-0460-2020; a partir del día 20 de octubre de 2020, con los número CNSF S0022-0357-2020 y CNSF-S0022-0356-2020 y a partir del día 16 de diciembre de 2022 con los números CNSF-S0022-0504-2020, CNSF-S0022-0548-2020 y CNSF-S0022-0549-2020 / CONDUSEF-G-01603-001.

F-2161-5 ABRIL 2024