

"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"

Unidad Solicitante _____ Clave del Agente _____

Muy importante para los Solicitantes, debe leerse antes de llenarse

“Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8o. y 47o. de la Ley sobre el Contrato del 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 o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

Datos Generales del Contratante (Llenar sólo en caso de que sea diferente al Solicitante)

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	Denominación o Razón Social / Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)
R.F.C.:	CURP:		
Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento / Fecha de Constitución Día Mes Año	
Ocupación / Profesión:			

Información Adicional (Sólo para Personas Físicas)

El Contratante desempeña o ha desempeñado Función Pública alguna en el Extranjero o en Territorio Nacional, en el último año? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Definir cargo:
Actividad o Giro del Negocio:	No. de Identificación:

Sólo para Personas Morales

Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social :

Datos del Apoderado Legal

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Nacionalidad:	Identificación:	No. de Identificación:

Domicilio del Contratante en México (Si tiene residencia en México o mientras permanece en Territorio Nacional)

Calle:	Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:
Lada	Teléfono No.:	Fax:
E-Mail / Página de Internet:		

Domicilio del Contratante en el Extranjero (Sólo para Extranjeros o Nacionales No Residentes en el País)

Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:
Lada	Teléfono No.:	Fax:
E-Mail / Página de Internet:		

Razones por las que ha elegido celebrar un Contrato en Territorio Nacional: Personal Negocios

Datos Generales del Solicitante

Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)
R.F.C.:	CURP:	
Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Fumador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peso Kgs.
Estatura Mts.	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre		Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:

“LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO REGISTRO NÚMERO DE FECHA .”

Información Adicional			
El Solicitante desempeña o ha desempeñado Función Pública alguna en el Extranjero o en Territorio Nacional, en el último año?		Definir cargo:	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Actividad o Giro del Negocio:	Identificación que presenta:	No. de Identificación:	
Domicilio del Solicitante en México (Si tiene residencia en México o mientras permanece en Territorio Nacional)			
Calle:		Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	
Lada	Teléfono No.:	Fax:	E-Mail / Página de Internet:
Domicilio del Solicitante en el Extranjero (Sólo para Extranjeros o Nacionales No Residentes en el País)			
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):	País:
Lada	Teléfono No.:	Fax:	E-Mail / Página de Internet:
Razones por las que ha elegido celebrar un Contrato en Territorio Nacional: Personal <input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/>			
Ocupación del Solicitante			
Empresa donde presta sus servicios			
Describa en que consisten sus labores			Ingresos mensuales \$

Familia Solicitante											
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 a 25 años.											
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Fecha de nacimiento			Fuma		Parentesco	Estatura mts.	Peso kgs.
				Día	Mes	Año	Sí	No			
1											
2											
3											
4											
5											

Forma de Pago de Primas			
Anual	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>
Trimestral	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>

Tipo de Seguro		
Inburmedic <input type="checkbox"/> Con Atención Exclusiva en la Red - Segumed Inbursa <input type="checkbox"/> Con Restricción hospitalaria <input type="checkbox"/> Sin restricción hospitalaria		<input type="checkbox"/> Sevi
Características		
Suma Asegurada \$ _____	Deducible \$ _____	Coaseguro _____ %
Cobertura Nacional <input type="checkbox"/>	Cobertura de Emergencia Internacional <input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional <input type="checkbox"/>

Honorarios Quirúrgicos

En caso de solicitar Inburmedic con atención exclusiva en la Red Segumed-Inbursa, sólo llenarse si se eligió cobertura internacional

Limitado Límite \$ _____
 Sin Tabla de Honorarios Quirúrgicos
 Con Tabla de Honorarios Quirúrgicos

Amplio

Coberturas Opcionales

Gastos Funerarios
 Suma Asegurada \$ _____

Coberturas de Accidentes Personales
 Elegir sólo una opción de cada uno de los siguientes apartados.

1.-Muerte Accidental
 Muerte Accidental y Pérdida de Miembros
 2.-Titular
 Titular y Cónyuge
 Todos los asegurados mayores a 12 años

Previsión Familiar

Maternidad (para edades de 25 a 34 años)

SEVI

SEVI

Suma asegurada \$ _____

Titular

Titular y cónyuge

Declaración de los solicitantes

¿Usted o algún integrante de la familia solicitante tiene actualmente contratado algún seguro de gastos médicos mayores? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, complete la siguiente información

Compañía	Persona solicitante	Tipo de seguro	Fecha			Suma asegurada									
			Día	Mes	Año										

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 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 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.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a la falta de ellos, a los abuelos paternos o maternos, en el orden que determine la ley o el juez competente.
 b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad y discernimiento de esos cargos por el juez competente, con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Designación de Beneficiario 1

Nombre del Solicitante que hace la designación del beneficiario:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Parentesco (para efectos de identificación):

Porcentaje:

Beneficiario revocable o irrevocable:

Día Mes Año

Calle:

Edificio:

No. exterior / No. Interior:

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Firma del Solicitante que hace la designación del Beneficiario

Firma del Beneficiario (firmar sólo en caso de designación de beneficiario irrevocable)

Designación de Beneficiario 2

Nombre del Solicitante que hace la designación del beneficiario:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Parentesco (para efectos de identificación):

Porcentaje:

Beneficiario revocable o irrevocable:

Día	Mes	Año

Calle:

Edificio:

No. exterior / No. Interior:

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Firma del Solicitante que hace la designación del Beneficiario

Firma del Beneficiario (firmar sólo en caso de designación de beneficiario irrevocable)

Designación de Beneficiario 3

Nombre del Solicitante que hace la designación del beneficiario:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Parentesco (para efectos de identificación):

Porcentaje:

Beneficiario revocable o irrevocable:

Día	Mes	Año

Calle:

Edificio:

No. exterior / No. Interior:

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Firma del Solicitante que hace la designación del Beneficiario

Firma del Beneficiario (firmar sólo en caso de designación de beneficiario irrevocable)

Designación de Beneficiario 4

Nombre del Solicitante que hace la designación del beneficiario:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Parentesco (para efectos de identificación):

Porcentaje:

Beneficiario revocable o irrevocable:

Día	Mes	Año

Calle:

Edificio:

No. exterior / No. Interior:

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Firma del Solicitante que hace la designación del Beneficiario

Firma del Beneficiario (firmar sólo en caso de designación de beneficiario irrevocable)

Médico(s) que acostumbra(n) visitar

Nombre**Domicilio****Teléfono**

Nombre	Domicilio	Teléfono

Cuestionario médico

Es necesario que conteste con una X en forma completa el siguiente cuestionario. En caso de existir alguna respuesta positiva favor de ampliar la información en el espacio correspondiente. De no responder alguna de las preguntas se entenderá que la respuesta fue **NO**.

Sección I

A usted o a alguno de sus dependientes le ha sido diagnosticado o esta bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos:

	Titular	Cónyuge	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿En los últimos 5 años ha consultado a algún médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha estado internado en algún hospital, clínica o institución para examen, observación, diagnóstico, operación o tratamiento médico, homeópata, quiropráctico, o acupunturista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido algún defecto visual o auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado bajo tratamiento por alcoholismo, tabaquismo, drogas, o estupefacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Practica montañismo, charrería, esquí, patinaje, buceo, paracaidismo, tauromaquia, o motociclismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección II

Alguna de las personas que van a incluirse en la presente póliza, le ha sido diagnosticada, padece o ha padecido...

9. Enfermedad del sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Enfermedades de las arterias o venas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Enfermedades de la sangre y el bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Enfermedades renales, vías urinarias, vejiga, o próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfermedades del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Enfermedades del sistema digestivo, hígado, vesícula biliar, vías biliares, o páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Enfermedades del oído, nariz, garganta, o senos paranasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Úlcera del estómago o del duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Enfermedades del ano o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Enfermedades genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Enfermedades o lesiones de la columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Enfermedades del sistema óseo (huesos), articulaciones, o muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Enfermedades del sistema endócrino (glándulas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Enfermedades de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ha sufrido algún accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección III

Sírvase contestar sólo en caso de que haya asegurados del sexo femenino

38. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad o molestia en las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Ha padecido algún trastorno o enfermedad del útero, ovario, o cérvix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Le han practicado algún tratamiento médico o quirúrgico por enfermedad del útero, ovario, o cérvix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Ha tenido o tiene algún trastorno menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Actualmente está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, sírvase ampliar la siguiente información (utilizando el renglón correspondiente para cada Solicitante).

No. de Solicitante	No. Pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios	No. de veces que las ha sufrido	Fecha (dd/mm/aa)	Duración	Estado actual

Observaciones**Sírvase complementar la información**

No. de Solicitante	Hospital	Tratamientos	Médico que atendió	Teléfono

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 ello sea corroborado.

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.

Autorizo expresamente a esa institución a que comparta mi información y/o documentos o los de mi representada con cualquiera de las entidades o empresas que formen parte directa o indirectamente del Grupo Financiero Inbursa y/o aquellas respecto de las cuales dichas entidades o empresas sean de manera directa o indirecta accionistas mayoritarios, para efectos de contratar, en su caso, cualquier producto o servicio que presten con motivo de la relación que se mantiene o se llegue a mantener con las mismas.

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 y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar y fecha de solicitud

Población y estado

Día

Mes

Año

Firma del Solicitante

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

Firma del Contratante

Declaratoria de Quien Promueve o Intermedia el Producto

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

Se realizó la visita al Cliente

 Sí No

Resultado de la Visita

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 / Asegurado.

Nombre y Firma del Agente
Para aspectos internos de la Compañía

Clave del agente	Nombre	% de participación	Firma