

"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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Definir cargo:
Actividad o Giro del Negocio:	Identificación que presenta:	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"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <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?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Definir cargo:		
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 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Parentesco	Estatura mts.	Peso kgs.
			Día	Mes	Año				
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 \$ _____		Deductible \$ _____			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

<input type="checkbox"/> Limitado	Límite \$ _____
<input type="checkbox"/>	Sin Tabla de Honorarios Quirúrgicos
<input type="checkbox"/>	Con Tabla de Honorarios Quirúrgicos

Amplio

Coberturas Opcionales

<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios	Coberturas de Accidentes Personales Elegir sólo una opción de cada uno de los siguientes apartados.
Suma Asegurada \$ _____	1.-Muerte Accidental Muerte Accidental y Pérdida de Miembros <input type="checkbox"/>
	2.-Titular Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Todos los asegurados mayores a 12 años <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Previsión Familiar
	<input type="checkbox"/> Maternidad (para edades de 25 a 34 años)

SEVI

SEVI <input type="checkbox"/>	Suma asegurada \$ _____	Titular <input type="checkbox"/>	Titular y cónyuge <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--

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 Día Mes Año	Suma asegurada

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 hicie de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombrá 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 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.
- A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad y disceñimiento 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)		
Día Mes Año	Fecha de Nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación):	Porcentaje:	Beneficiario revocable o irrevocable:
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 Día Mes Año		Parentesco (para efectos de identificación):	Porcentaje:	Beneficiario revocable o irrevocable:
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 Día Mes Año		Parentesco (para efectos de identificación):	Porcentaje:	Beneficiario revocable o irrevocable:
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 Día Mes Año		Parentesco (para efectos de identificación):	Porcentaje:	Beneficiario revocable o irrevocable:
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

Observaciones				
Sírvase complementar la información				
No. de Solicitante	Hospital	Tratamientos	Médico que atendió	Teléfono

Declaratoria del Contratante / Solicitante				
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>				
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.				
<hr/> <hr/>				
Se realizó la visita al Cliente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Resultado de la Visita	_____
<p>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.</p> <hr/>				
Nombre y Firma del Agente				

Para aspectos internos de la Compañía			
Clave del agente	Nombre	% de participación	Firma