



Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

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



003 003 000275736

Emisor (SII) [ ] Clave del Agente [ ]

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, 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 47o. 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)

Form fields for Titular: Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Segundo Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, R.F.C. con Homoclave, C.U.R.P., Actividad o Giro del Negocio/ Ocupación o Profesión, Domicilio Calle, Edificio, No. Exterior / No. Interior, Código Postal, Colonia / Fraccionamiento, Delegación / Municipio, Ciudad o Población, Entidad Federativa (Estado), Teléfono Particular, Correo Electrónico / Página de Internet.

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 de edad. Los hijos deberán ser solteros, y menores de 25 años y no percibir ingresos por trabajo personal.

Solicitante 2

Form fields for Solicitante 2: Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Segundo Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, R.F.C. con Homoclave, Parentesco con el solicitante titular, C.U.R.P., Actividad / Giro del Negocio, Ocupación / Profesión.

Solicitante 3

Form fields for Solicitante 3: Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Segundo Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, R.F.C. con Homoclave, Parentesco con el solicitante titular, C.U.R.P., Actividad / Giro del Negocio, Ocupación / Profesión.

Solicitante 4

Form fields for Solicitante 4: Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Segundo Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, R.F.C. con Homoclave, Parentesco con el solicitante titular, C.U.R.P., Actividad / Giro del Negocio, Ocupación / Profesión.

F-2092-3 JULIO 2011

**Solicitante 5**

Apellido Paterno  Apellido Materno

Primer Nombre  Segundo Nombre

Sexo M  F  Fecha de Nacimiento  Nacionalidad  R.F.C. con Homoclave

Parentesco con el solicitante titular:  C.U.R.P.

Actividad / Giro del Negocio  Ocupación / Profesión

**Datos Generales del Contratante (Llénese sólo en caso de que el Contratante sea distinto al Solicitante 1 (Titular))**

Apellido Paterno  Apellido Materno

Primer Nombre  Segundo Nombre

Denominación o Razon Social

Ocupación / Profesión (Sólo personas Físicas)  C.U.R.P.

Sexo M  F  Fecha de Nacimiento/ Constitución  Nacionalidad  R.F.C. con Homoclave

Actividad / Giro del Negocio / (Sólo personas Físicas) / Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social (Sólo Personas Morales)

Domicilio Calle:  Edificio:  No. Exterior / No. Interior:  Código Postal:

Colonia / Fraccionamiento:  Delegación / Municipio:

Ciudad o Población:  Entidad Federativa (Estado):

Teléfono Particular:  Correo Electrónico / Página de Internet:

**Información Adicional**

¿El solicitante y/o el contratante, su cónyuge, algún asociado o familiar por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado en el último año, función pública de alta jerarquía en Territorio Nacional o en el Extranjero?

Si  No  ¿Quién?  Definir Cargo

Nombre (s) y Apellidos

<b>Cobro Bancario</b>	<b>Forma de Pago</b>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual

**Seleccione una de las siguientes opciones**

**Pago mediante Tarjeta de Crédito Bancaria**

Banco  No. Tarjeta  Fecha de vencimiento

**Cuenta de cheques**

Banco  No. de cuenta o No. CLABE (Clave Bancaria Estandarizada)

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 a su plan de pago, para que sea(n) abonada(s) en la cuenta de cheques 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 surta sus efectos la revocación. En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de 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 puede realizar el cargo.

Nombre y Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente



003 003 000275736

Tipo de Seguro o plan a contratar

I. Inburmedic

Elija uno de los siguientes opciones a contratar

Características		Cobertura	Honorarios Quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Inburmedic con Atención Exclusiva en la Red - Segumed Inbursa	Suma Asegurada \$ <input type="text"/>	<input 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 type="checkbox"/> Con Tabulador \$ <input type="text"/> y <input type="checkbox"/> Con Ambulancia Aérea <input type="checkbox"/> Sin Tabulador \$ <input type="text"/> y <input type="checkbox"/> Con Ambulancia Aérea <input type="checkbox"/> Amplio
<input type="checkbox"/> Con Restricción Hospitalaria	Deducible \$ <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Sin Restricción Hospitalaria	Coaseguro <input type="text"/> %		

Coberturas Opcionales

<input type="checkbox"/> Maternidad	Suma Asegurada <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> - Muerte Accidental y Pérdida de Miembros <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Todos los asegurados mayores a 12 años	<input type="checkbox"/> Exención de deducible por Accidente <input type="checkbox"/> Disminución de Coaseguro en Pago Directo* <input type="checkbox"/> Atención por Accidente en Hospitales Restringidos* <input type="checkbox"/> Paquete Plus* *Estas coberturas no se ofrecen para Inburmedic con Atención Exclusiva en la Red - Segumed Inbursa
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios \$ <input type="text"/>			
Coberturas de Accidentes Personales Elegir sólo una opción de cada uno de los siguientes apartados		<input type="checkbox"/> Emergencia Internacional <input type="checkbox"/> Cobertura Internacional Suma Asegurada \$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SEVI <input type="checkbox"/> Previsión Familiar	

II. SEVI

SEVI Suma Asegurada \$

III. Inburmedic Star Médica

<input type="checkbox"/> Inburmedic Star Médica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			Coberturas Opcionales <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> SEVI <input type="checkbox"/> Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica	
Opción o Paquete					
Suma Segurada	\$1,000,000	\$3,000,000	\$5,000,000		
Deducible por enfermedad	\$2,500	\$3,500	\$7,500		
Coaseguro por enfermedad	5%	5%	5%		

IV. Apoyo Inbursa

Plan A     Plan B     Plan C

Información Adicional

Reconocimiento de Antigüedad Fecha:  Tarifa por zona:   
 Se requiere anexar carátula y último recibo de pago  
 Otra información:  Cuenta Integral     Cuenta CT / EFE / Tarjeta de Crédito

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 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:   
 Colonia / Fraccionamiento:  Delegación / Municipio:   
 Ciudad o Población:  Entidad Federativa (Estado):   
 Apellido Paterno:  Apellido Materno:   
 Primer Nombre:  Segundo Nombre:   
 Porcentaje  % Beneficiario: Revocable  Irrevocable   
 Sexo M  F  Fecha de Nacimiento:  Parentesco (Para efectos de identificación):  Nacionalidad:

Firma del Beneficiario Irrevocable

### Cuestionario Médico

- ) 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.  
 ) En caso de alguna respuesta sea positiva, favor de ampliar la información de los recuadros siguientes y/u hoja adicional.  
 ) Las respuestas de este cuestionario, así como la información adicional proporcionada serán revisados por el área de selección médica.

#### Sección 1

Favor de contestar para cada Solicitante lo siguiente:

- 1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad?
- 2.- ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?
- 3.- ¿Le han practicado y/o tiene pendiente pruebas de laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancia magnética, biopsias u otros?
- 4.- ¿Le han practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?
- 5.- ¿Ha consumido o ha estado bajo tratamiento por tabaquismo, alcoholismo, estupefacientes o sustancias psicotrópicas?

		Solicitantes									
		1		2		3		4		5	
		Si	No								
1.-		<input type="checkbox"/>									
2.-		<input type="checkbox"/>									
3.-		<input type="checkbox"/>									
4.-		<input type="checkbox"/>									
5.-		<input type="checkbox"/>									

#### 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:

- 6.- Tumores o neoplasias (cáncer de: mama, cervicouterino, próstata, pulmonar, melanoma, linfoma, mieloma, leucemia, entre otros)
- 7.- Del sistema circulatorio (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, flebitis, várices, hemorroides, entre otras)
- 8.- Del sistema endocrino (diabetes mellitus, obesidad, tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales, hiperuricemia, entre otras)
- 9.- Congénitas y/o malformaciones de nacimiento.
- 10.- Del sistema hematopoyético e inmune (anemia, púrpura, defectos de la coagulación, del bazo, lupus, inmunodeficiencias, entre otras)
- 11.- Infecciosas (tuberculosis, sífilis, encefalitis, meningitis, herpes zoster, hepatitis viral, SIDA entre otras)
- 12.- Del sistema nervioso (epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hidrocefalia, encefalopatía, cerebro vascular, de la medula espinal, trastornos del sueño, demencia, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad retraso mental, entre otras)
- 13.- Del sistema respiratorio (neumonía, bronquitis, rinitis, enfisema, asma, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, entre otras)
- 14.- Del sistema digestivo (hernia hiatal, esofagitis, úlcera: gástrica o duodenal, gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis ulcerativa, divertículos, absceso anal, insuficiencia hepática, pancreatitis, entre otras)
- 15.- Hernias (de la columna vertebral, inguinal, umbilical, ventral, diafragmática, entre otras)
- 16.- Del sistema genitourinario (cálculos renales, hiperplasia prostática, esterilidad, pielonefritis, glomerulonefritis, trastornos testiculares, trastornos de vejiga, insuficiencia renal, entre otras)
- 17.- Del sistema osteomuscular (trastornos: de columna vertebral o de rodilla, artritis, gota, osteoporosis, entre otras)
- 18.- Del ojo (catarata, desprendimiento de la retina, glaucoma, neuritis óptica, estrabismo, alteraciones de la visión, ceguera, entre otros)
- 19.- Del oído (vértigo, otitis, otoesclerosis, hipoacusia, entre otras)
- 20.- ¿Ha sufrido algún accidente que ameritará tratamiento intrahospitalario o quirúrgico (heridas, traumas, fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, entre otros)?
- 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)?
- 22.- ¿Utiliza algún tipo de prótesis o ha perdido algún miembro?
- 23.- ¿Otras enfermedades, afecciones o lesiones diferentes a las señaladas anteriormente?

6.-		<input type="checkbox"/>									
7.-		<input type="checkbox"/>									
8.-		<input type="checkbox"/>									
9.-		<input type="checkbox"/>									
10.-		<input type="checkbox"/>									
11.-		<input type="checkbox"/>									
12.-		<input type="checkbox"/>									
13.-		<input type="checkbox"/>									
14.-		<input type="checkbox"/>									
15.-		<input type="checkbox"/>									
16.-		<input type="checkbox"/>									
17.-		<input type="checkbox"/>									
18.-		<input type="checkbox"/>									
19.-		<input type="checkbox"/>									
20.-		<input type="checkbox"/>									
21.-		<input type="checkbox"/>									
22.-		<input type="checkbox"/>									
23.-		<input type="checkbox"/>									

#### Sección 3

Sírvase contestar solo en caso de que las personas que van a incluirse en la presente póliza pertenezcan al sexo femenino.

- 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)?
- 25.- ¿Tiene conocimiento de ser estéril o ha recibido tratamiento para infertilidad o esterilidad?
- 26.- ¿Actualmente está embarazada?
- 27.- ¿Ha tenido complicaciones en sus embarazos o partos anteriores (amenaza de aborto o abortos, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, entre otras)?

24.-		<input type="checkbox"/>									
25.-		<input type="checkbox"/>									
26.-		<input type="checkbox"/>									
27.-		<input type="checkbox"/>									

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, lesiones o estudios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Fecha	Estado Actual
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Fecha	Estado Actual
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>



003 003 000275736

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones o estudios
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha		Estado Actual
<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Hábitos Generales**

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

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.

Población y Estado

Fecha

Lugar y fecha de solicitud

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.

¿Se realizó la visita al cliente?  Si  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).

Clave del Agente

Nombre

% Comisión  
Cedida

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"**

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 por los Artículos 36, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Bajo El (Los) Registro(s) Número CNSF-S0022-0122-2011 de fecha 02/03/2011, CNSF-S0022-0021-2011 de fecha 05/01/2011, de CNSF-S0022-0022-2011 de fecha 05/01/2011 y CNSF-S0022-1070-2010 de fecha 01/12/2010.