

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

Fecha (dd/mm/aaaa) Folio

Póliza número Certificado Nombre o razón social del contratante

1. Datos del asegurado titular

Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno Apellido materno

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Género: Femenino Masculino Estado Civil Soltero Casado Peso Estatura

RFC con homoclave Número de empleado Clave de dependencia

Dependencia de adscripción

Fecha ingreso UNAM (dd/mm/aaaa) Centro de trabajo Ubicación

Grupo asegurado Emérito Funcionario Tiempo completo Otro

1.1 Domicilio y contacto

Calle Núm. exterior Edificio Núm. interior C.P.

Colonia Alcaldía o municipio Ciudad o población Entidad federativa

Teléfono fijo Teléfono móvil Correo electrónico

Llénese en caso de que desee incrementar su Suma Asegurada en exceso de la Suma Asegurada contratada para padecimientos cubiertos por la póliza cuyo primer gasto sea posterior a la contratación de este exceso.

Suma Asegurada solicitada (Total de suma asegurada considerando la básica más el incremento)

500,000 600,000 700,000 800,000 900,000

2. Datos de los dependientes económicos
Dependiente 1

Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno Apellido materno

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Parentesco Género: Femenino Masculino Peso Estatura

Dependiente 2

Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno Apellido materno

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Parentesco Género: Femenino Masculino Peso Estatura

Dependiente 3

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dependiente 4

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dependiente 5

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Conducto de pago prima Contado Descuento por nómina (quincenal), sólo en caso de tener capacidad de descuento

3. Cuestionario médico

Con el fin de apoyarlo y ofrecerle un mejor servicio, agradeceremos de antemano conteste el siguiente cuestionario con honestidad, recordándole que en caso de alguna omisión o inexacta declaración, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier tipo de pago a favor del Asegurado (Art. 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Se informa que este cuestionario médico forma parte del seguro respectivo.

Enfermedad o pregunta	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alguna otra enfermedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Especificar paciente y enfermedad

¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
------------------------------	---	---	---	---	---	---

Indique paciente y lesiones sufridas

¿Ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------------	---	---	---	---	---	---

Indique paciente y padecimiento

¿Ha sido operado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-------------------	---	---	---	---	---	---

Indique paciente y padecimiento

¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	---	---	---	---	---	---

Indique paciente y tipo de cirugía

<input type="text"/>

En caso de desear ampliar información, incluso por falta de espacio, hacerlo en un informe anexo.

En caso de responder sí a alguna pregunta, Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa se reserva el derecho de pedir la información necesaria para considerar la aceptación de la(s) persona(s) al plan.

3. Datos del médico familiar

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	Núm. exterior	Edificio	Núm. interior C.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Alcaldía o municipio	Ciudad o población	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Entidad federativa	Teléfono fijo		Teléfono móvil
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

De interés para el solicitante (Favor de leerlo antes de firmar)

Esto representa una solicitud y la fecha de inclusión al seguro será de acuerdo a las Condiciones de la Póliza. Por este conducto me permito expresar mi consentimiento para que la Universidad Nacional Autónoma de México retenga de mis percepciones el importe de las primas correspondientes a la Póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores.

Declaro que los datos aquí expresados son verídicos.

Lugar de elaboración	Fecha de elaboración (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del asegurado