

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

Fecha

d	d	/	m	m	/	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Datos generales del solicitante

RFC con homoclave o NIF	País que lo asignó
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.1 Generales

Fecha de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	País de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Nacionalidad
		En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Otra
Tipo de identificación	Número de identificación	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CURP	FIEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio		
<input type="text"/>		

1.2 Domicilio y contacto

Calle	Núm. exterior	Edificio	Núm. interior
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entre calle	y calle	C.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Colonia	Alcaldía o municipio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ciudad o población	Entidad federativa	País	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Forma de pago

No. de póliza	No. de siniestro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.1 Datos bancarios

<input type="checkbox"/> Nacional	Número de cuenta CLABE (18 dígitos)	Nombre del banco	Plaza banco
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dólares	Número de cuenta (18 dígitos)	Nombre del banco	Plaza banco
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sucursal	País banco beneficiario	ABA y SWIFT (para cuenta del extranjero)	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que los datos antes mencionados son correctos y pertenecen a mi cuenta bancaria, por lo que en este acto libero y me obligo a sacar en paz y a salvo a Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa, de cualquier demanda, queja, reclamación, denuncia de carácter civil, administrativo o incluso penal que cualquier persona interponga en contra de dicha aseguradora, incluso si la transferencia se realiza a otra persona (física o moral) asimismo, declaro que en cuanto a mi corresponde Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa ha cumplido con todas las obligaciones que derivan de la póliza reclamada, entre ellas el pago de la suma asegurada y por consiguiente extiendo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción presente, pasada o futura de la póliza en mérito.

 Nombre y firma del beneficiario

*Es requisito anexar copia del INE o Pasaporte Vigente por ambos lados y llenar de puño y letra del solicitante.

Para la aceptación de este formato, todos y cada uno de los campos deben ser llenados con letra clara, no se aceptan tachaduras o enmendaduras, de lo contrario no tendrá validez.