



CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL
SEGURO DE GRUPO VIDA

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

1. Datos del Contratante y características del plan

Form fields for contract details: Número de póliza, Número de empleado, Grupo Asegurado, Denominación o razón social del Contratante, Suma Asegurada o regla para determinarla, Vigencia de la póliza (Desde las 12:00 hrs del día hasta las 12:00 hrs del día).

2. Datos personales del solicitante

Form fields for personal data: Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno, Fecha de nacimiento, Género (Masculino/Femenino), Categoría, Sueldo mensual M.N., Fecha de ingreso al grupo.

3. Cuestionario médico

Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8° y 47° 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 inexactitud en la declaración de algún hecho podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Es necesario que conteste en forma completa el siguiente cuestionario; en caso de existir alguna respuesta afirmativa especifique fechas, razones, causas y/o consecuencias.

Medical questionnaire questions: 1. ¿Le ha sido diagnosticado o está bajo tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos...? 2. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente? 3. ¿Ha recibido algún diagnóstico o tratamiento con motivo de un estado de invalidez? 4. ¿Participa en paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier actividad aérea?

3.1 Ampliaciones

En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas del cuestionario anterior, indique el número de pregunta y proporcione información amplia al respecto (fechas, nombre y domicilio de médicos tratantes, hospitales o sanatorios).

Table with 3 columns: Número de pregunta, Fecha, Información. It is currently empty.

4. Designación de beneficiarios

ADVERTENCIA: 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.

El contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.

F-650-8 AGOSTO 2018

T

T

4.1 Beneficiario 1

Beneficiario irrevocable Beneficiario revocable

Primer nombre

Apellido paterno

Relación o parentesco

Porcentaje:

Segundo nombre

Apellido materno

T

Firma de Beneficiario irrevocable

4.2 Beneficiario 2

Beneficiario irrevocable Beneficiario revocable

Primer nombre

Apellido paterno

Relación o parentesco

Porcentaje:

Segundo nombre

Apellido materno

Firma de Beneficiario irrevocable

5. Declaraciones del solicitante

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me haya atendido o que me 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 mis (nuestras) enfermedades y/o accidentes anteriores y/o actuales.

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 conforme lo establecido 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 hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

Lugar:

Fecha

Firma del asegurado

Firma del contratante

5.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. De igual forma Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para proporcionar la información contenida en esta solicitud y/u otros documentos que deriven de la operación del producto contratado, a cualquier empresa que forme parte del Consorcio al que ésta pertenece (conforme el término Consorcio se define en la Ley del Mercado de Valores), para efectos de ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nombre y firma del solicitante

El presente consentimiento individual debe ser entregado a la Aseguradora para la expedición del certificado individual correspondiente, el cual a partir de su emisión deja sin efectos cualquier consentimiento individual emitido con anterioridad.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs., así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no han sido satisfactorias, puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de febrero de 2012, con los números CNSF-S0022-0710-2011 y CNSF-S0022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S0022-0123-2016/CONDUSEF-001856-01 y 001857-01.

T

T