

CONSENTIMIENTO DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Requisitar con bolígrafo y letra de molde legible. En caso de tachaduras o enmendaduras no será válido este documento.

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Apellido paterno, materno y nombres (s) o Razón Social

DATOS DE LA PERSONA QUE INTEGRAR EL GRUPO

Apellido paterno, materno y nombres (s) de la persona participante

R.F.C. (con homoclave)

C.U.R.P.

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Sexo

Integrante / Responsable / Representante

dd / mm / aaaa

Fem. Masc.

DOMICILIO

Calle (No. exterior No. interior)

Colonia

Código Postal

Delegación / Municipio

Ciudad / Población

Entidad Federativa (Estado)

País

Teléfono: Lada ()

Fax: Lada ()

E-mail

SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

La Suma Asegurada y Coberturas serán las estipuladas en la carátula de la póliza y certificado correspondiente.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo del beneficiario	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		%
		%
		%
		%

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 solo 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.

CONTESTE ÍNTEGRAMENTE EL CUESTIONARIO A CONTINUACIÓN:

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del corazón o presión arterial alta?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
2. ¿Padece o ha padecido diabetes o alteraciones de glándulas?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
3. ¿Padece o ha padecido cáncer o tumores de cualquier tipo?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
4. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del hígado o páncreas?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los riñones o aparato reproductivo?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
6. ¿Le han diagnosticado SIDA o es portador del Virus de Inmuno Deficiencia Adquirido?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
7. ¿Ha sufrido alguna enfermedad que haya provocado faltar a su trabajo por más de 14 días?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

ADVERTENCIA

Se previene a quien otorga el consentimiento 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 los que se refiere este consentimiento, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la no declaración o inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte podría originar la rescisión del seguro y la pérdida del derecho del beneficiario en su caso.

Lugar y fecha

Firma del CONTRATANTE

Firma de PERSONA INTEGRANTE