



**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL  
AUTO-ADMINISTRADO  
SEGURO DE VIDA GRUPO CUENTA CON SANBORNS**

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

**1. Datos del Contratante**

Número de póliza	Número de cuenta	Grupo asegurado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Denominación o razón social del Contratante			
<input type="text"/>			
Vigencia de la póliza		Vigencia del certificado	
Desde las 12:00 hrs del día	hasta las 12:00 hrs del día	Desde las 12:00 hrs del día	hasta las 12:00 hrs del día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Datos personales del Solicitante**

Primer nombre	Segundo nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Primer apellido	Segundo apellido		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	Género:	Categoría	Fecha de ingreso al grupo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		

**2.1. Domicilio**

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"/>	

**3. Coberturas y sumas aseguradas**

<u>Cobertura básica</u>	Suma asegurada
<b>Apoyo para gastos funerarios</b>	\$xxx,xxx.xx

<u>Coberturas adicionales</u>	Suma asegurada
<u>[*este cuadro sólo aparecerá si se contrata una o más de las coberturas adicionales]</u>	
<b>Pago de la suma asegurada por muerte accidental (MA)</b> Con SPM desde \$xxx,xxx.xx y menor a \$xxx,xxx.xx Con SPM igual o mayor a \$xxx,xxx.xx	\$xxx,xxx.xx
<b>Pago de la suma asegurada por enfermedades graves (SEVI)</b> Con SPM menor a \$xxx,xxx.xx Con SPM igual o mayor a \$xxx,xxx.xx	No hay cobertura \$\$xxx,xxx.xx

Para el incremento de suma asegurada en las coberturas de muerte accidental y el pago de la suma asegurada por Enfermedades Graves, se considerará el SPM de los 3 (tres) últimos meses anteriores a la ocurrencia del siniestro cubierto.

**Nota:** Las sumas aseguradas de las coberturas y el SPM requerido podrán cambiar a petición del Contratante.

**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.

#### 4.1. Beneficiario 1

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje <input type="text"/>
Primer nombre		Segundo nombre
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Primer apellido		Segundo apellido
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Relación o parentesco		
<input type="text"/>		
		_____ Firma de beneficiario irrevocable

#### 4.2. Beneficiario 2

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje <input type="text"/>
Primer nombre		Segundo nombre
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Primer apellido		Segundo apellido
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Relación o parentesco		
<input type="text"/>		
		_____ Firma de beneficiario irrevocable

#### 4.3. Beneficiario 3

<input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje <input type="text"/>
Primer nombre		Segundo nombre
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Primer apellido		Segundo apellido
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Relación o parentesco		
<input type="text"/>		
		_____ Firma de beneficiario irrevocable

En este acto autorizo a Patrimonial Inbursa, S.A., 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).

Declaro que Patrimonial Inbursa, S.A., 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 Patrimonial Inbursa, S.A., 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 solicitante

El presente consentimiento individual debe ser conservado por el Contratante, en caso de controversia respecto a la última designación de beneficiarios se estará a lo establecido en el certificado que derive de este documento, el cual a partir de su emisión deja sin efectos cualquier certificado individual emitido con anterioridad.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com) o con la app Inbursa

Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico [uniesp@inbursa.com](mailto:uniesp@inbursa.com)

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y en [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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 \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con el número \_\_\_\_\_ / CONDUSEF \_\_\_\_\_.

**Ejemplar informativo**

**Prohibido su uso**