

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL SEGURO DE GRUPO VIDA-AUTO-ADMINISTRADO

Patrimonial 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

|                                             |                             |                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Número de póliza                            | Número de empleado          | Grupo Asegurado             |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>        | <input type="text"/>        |
| Denominación o razón social del contratante |                             |                             |
| <input type="text"/>                        |                             |                             |
| Suma Asegurada o regla para determinarla    |                             |                             |
| <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 |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>        | <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"/>               |                      |                      |                           |
| Apellido paterno     | Apellido materno                   |                      |                      |                           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>               |                      |                      |                           |
| Fecha de nacimiento  | Género:                            | Categoría            | Sueldo mensual M.N.  | Fecha de ingreso al grupo |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |
|                      | <input type="checkbox"/> Femenino  |                      |                      |                           |

### 3. 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 irrevocable de disponer de la suma asegurada.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, ni figura 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.

#### 3.1 Beneficiario 1

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable <input type="checkbox"/> Beneficiario revocable<br>Primer nombre<br><input type="text"/><br>Apellido paterno<br><input type="text"/><br>Relación o parentesco<br><input type="text"/> | Porcentaje: <input type="text"/><br>Segundo nombre<br><input type="text"/><br>Apellido materno<br><input type="text"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Firma de Beneficiario irrevocable

T

T

## 3.2 Beneficiario 2

☐ Beneficiario irrevocable
 ☐ Beneficiario revocable

Primer nombre

Apellido paterno

Relación o parentesco

Porcentaje: 

Segundo nombre

Apellido materno

Firma de Beneficiario irrevocable

## 3.3 Beneficiario 3

☐ Beneficiario irrevocable
 ☐ Beneficiario revocable

Primer nombre

Apellido paterno

Relación o parentesco

Porcentaje: 

Segundo nombre

Apellido materno

Firma de Beneficiario irrevocable

## 4. Declaraciones del solicitante

Autorizo a Patrimonial 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 Patrimonial 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 Patrimonial 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 solicitante

Firma del contratante

 Firma autorizada de Patrimonial Inbursa  
 S.A., Grupo Financiero Inbursa

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.

T

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](http://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](mailto: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 1 de febrero de 2013, con los números CNSF-S0006-0045-2013 y CNSF-S0006-0046-2013./CONDUSEF-G-00793-001.

T

T