



CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL
SEGURO DE GRUPO VIDA-AUTO-ADMINISTRADO

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

Número de póliza 1930193136707
Número de empleado Grupo Asegurado
Denominación o razón social del contratante ORGANIZACION Y CONTROL SA DE CV
Suma Asegurada o regla para determinarla 100,000

Desde las 12:00 hrs del día 01/08/2018 hasta las 12:00 hrs del día 01/08/2019
Vigencia de la póliza
Desde las 12:00 hrs del día 01/08/2018 hasta las 12:00 hrs del día 01/08/2019
Vigencia del certificado

Primer nombre RICARDO
Apellido paterno RIVERA
Apellido materno
Segundo nombre
Categoría Masculino
Género: Femenino
Fecha de nacimiento 10/08/1978
Sueldo mensual M.N. 35000
Fecha de ingreso al grupo 30/10/2017

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, 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.

3.1 Beneficiario 1

Beneficiario revocable ☒ Porcentaje: 100%

Segundo nombre
Apellido materno

Beneficiario irrevocable
Primer nombre
Apellido paterno
Apellido materno
Relación o parentesco

Firma de Beneficiario irrevocable

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 o con i-movil 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-S022-0710-2011 y CNSF-S022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S022-0123-2016.

T

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.

Declaro que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conozco 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: Ciudad de México

Firma del solicitante

Firma del contratante

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

Fecha 30/10/2018

4. 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 conozco 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: Ciudad de México			
Firma del solicitante			
Firma del contratante			
Firma autorizada de Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa			
Fecha 30/10/2018			

3.2 Beneficiario 2			
Beneficiario irrevocable	Beneficiario revocable	Porcentaje:	Segundo nombre
Apellido paterno	Apellido materno		
Relación o parentesco			
Firma de Beneficiario irrevocable			

3.3 Beneficiario 3			
Beneficiario irrevocable	Beneficiario revocable	Porcentaje:	Segundo nombre
Apellido paterno	Apellido materno		
Relación o parentesco			
Firma de Beneficiario irrevocable			

T