

Seguros

INBURSA



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 empleado Grupo Asegurado

Número de póliza 1930193136707

Denominación o razón social del contratante

ORGAZIZACION Y CONTROL SA DE CV

Suma Asegurada o regla para determinarla

100,000

Vigencia de la póliza

Desde las 12:00 hrs del día

01/08/2018

hasta las 12:00 hrs del día

01/08/2019

2. Datos personales del solicitante

Primer nombre

JORGE

Apellido paterno

VILLASEDOR

Género:

☒ Masculino
☐ Femenino

Categoría

03/06/1991

Fecha de nacimiento

Segundo nombre

MARIO

Apellido materno

VALLDEZ

Sueldo mensual M.N. Fecha de ingreso al grupo

7,000 01/11/2018

3. Designación de beneficiarios

Beneficiario irrevocable

Primer nombre

YOLANDA

Apellido paterno

VALLDEZ

Relación o parentesco

MADRE

☒ Beneficiario revocable

3.1 Beneficiario 1

Porcentaje: 100

Segundo nombre

GUADALUPE

Apellido materno

PARDEZ

Firma de Beneficiario irrevocable

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.

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-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-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.

Lugar: NAUCALPAN DE JUAREZ BDO. MEX.

Firma del solicitante _____

Firma del contratante _____

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

Fecha 01/11/2018

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.

4. Declaraciones del solicitante

3.2 Beneficiario 2		3.3 Beneficiario 3	
Beneficiario irrevocable	Beneficiario revocable	Beneficiario irrevocable	Beneficiario revocable
Primer nombre	Segundo nombre	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido paterno	Apellido materno	Apellido paterno	Apellido materno
Relación o parentesco		Relación o parentesco	
Firma de Beneficiario irrevocable		Firma de Beneficiario irrevocable	

T