

T

T

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

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.

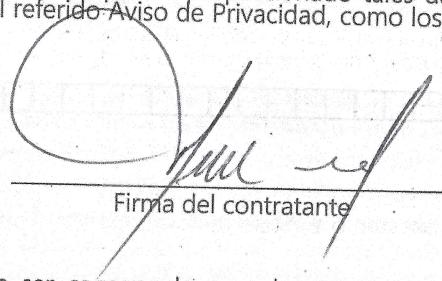
Declaro que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo su contenido, otorgo mi consentimiento para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados conforme lo establecido en dicho aviso. Asimismo, 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 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:

Naucalpan, Estado de México



Firma del solicitante



Firma del contratante

Fecha

20/05/2019



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

El presente consentimiento individual debe ser conservado por el contratante, en caso de controversia respecto a la última 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 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, 8491000, 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.

**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 1930193136725	Número de empleado	Grupo Asegurado
-----------------------------------	--------------------	-----------------

Denominación o razón social del contratante

Mantenimiento Xtra SA de CV

Suma Asegurada o regla para determinarla

100,000

Vigencia de la póliza

Desde las 12:00 hrs del día 01 / AGO / 2018	hasta las 12:00 hrs del día 01 / AGO / 2019
--	--

Vigencia del certificado

Desde las 12:00 hrs del día 01 / AGO / 2018	hasta las 12:00 hrs del día 01 / AGO / 2019
--	--

2. Datos personales del solicitante

Primer nombre CARLOS	Segundo nombre ALBERTO
Apellido paterno OSORIO	Apellido materno VELAZQUEZ

Fecha de nacimiento 23/09/1993	Género: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Categoría
--	---	-----------

Sueldo mensual M.N. Fecha de ingreso al grupo
2010512019

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 irrevocable	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: / 00
Primer nombre JULIA		Segundo nombre
Apellido paterno VELAZQUEZ		Apellido materno RANGEL
Relación o parentesco MADRE		

Firma de Beneficiario irrevocable

T