

Seguros



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

Número de empleado

Grupo Asegurado

Denominación o razón social del contratante

Suma Asegurada o regla para determinarla

Vigencia de la póliza

Desde las 12:00 hrs del día / / hasta las 12:00 hrs del día / /

Vigencia del certificado

Desde las 12:00 hrs del día / / hasta las 12:00 hrs del día / /

2. Datos personales del solicitante

Primer nombre

Apellido paterno

Fecha de nacimiento

Género:

Masculino X

Femenino

Categoría

Segundo nombre

Apellido materno

Valencia

Sueldo mensual M.N. Fecha de ingreso al grupo

3. Designación de beneficiarios

Beneficiario irrevocable

Primer nombre

Apellido paterno

Relación o parentesco

Esposu

Beneficiario revocable

3.1 Beneficiario 1

Porcentaje: 100%

Segundo nombre

Apellido materno

Valencia

Firma de Beneficiario irrevocable