



CHECK LIST Y CARÁTULA

NOMBRE DEL EMPLEADO: ARTURO GARIAS GUTIERREZ

CÓDIGO DE EXPEDIENTE:	HORARIO: 9:00 A 18:00	EMPRESA: ORGANIZACIÓN Y CONTROL S.A. DE C.V.
R.F.C. GAGA7006238R9	NSS: N/A	CURP: GAGA700623HMRTR03
PUESTO: INGENIERO TÉCNICO	DEPARTAMENTO: VENTAS	FECHA DE INGRESO: 7 JULIO 2016
TELÉFONO: 5543383975	SUELDO BRUTO: \$7,000	FECHA DE NACIMIENTO: 23 DE JUNIO 1970

Documentación Personal	SI	Pendiente:	N/A	Observaciones:
Contrato firmado	X			
Póliza de Seguro de Vida	X			
Reglamento interior de trabajo			X	
Código de vestimenta y arreglo personal	X			
Aviso de Privacidad	X			
Cláusula de Manejo de Imágenes			X	
Reglamento de Comunicación y Control Asistencia	X			
Política Servicio de Comedor			X	
Manual de convivencia			X	
Análisis de Competencias				

Documentos solicitados por empresas externas:

Acuerdo de confidencialidad			X	
Plan de Prestaciones de Previsión Social			X	
Póliza de SGMM			X	

Documentación Gubernamental

IMSS			X	
RFC de Hacienda	X			
Formato 32 D	X			
Formato Interno Crédito Infonavit y Fonacot	X			
Aviso de Retención Salarial			X	
Carta de no antecedentes penales	X			

Documentación Personal

Acta de nacimiento	X			
CURP	X			
Credencial de Elector/Pasaporte o cédula	X			
Comprobante de domicilio actual	X			
Cuenta Bancaria	X			

Documentos de Formación o Experiencia

Curriculum	X			
Cartas de Recomendación			X	
Comprobante de Estudios/Cédula	X			
Cursos de capacitación	X			

ELABORÓ:
Jazmín Castrejón González
Recursos Humanos

Fecha de Solicitud
 Día _____ Mes _____ Año _____
 Póliza No. _____ No. de Certificado _____

Nota: el No. de Póliza y el No. de Certificado, no es indispensable para el asegurado.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SEGURO
 DE VIDA GRUPO CON SELECCIÓN

Seguros
 Monterrey

NEW
 YORK
 LIFE

La persona por asegurar deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible y sin omitir ningún dato.

I.- NOMBRE DEL CONTRATANTE

Nombre (s) o Razón Social

ORGANIZACION Y CONTROL S.A. DE C.V.

Apellido Paterno

Apellido Materno

II- DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

PERSONA POR ASEGURAR	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno				
	ARTURO	GARFIAS	GUTIERREZ				
Fecha de nacimiento	dd / mm / aaaa	Nacionalidad	País de nacimiento	Estado Civil	Sexo		
23 / 06 / 1970	MEXICANA	MEXICO	S	C <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/>		
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)	C.P.		Colonia o Fraccionamiento				
BENITO JUAREZ MZ 14 LT 37	55020		EJIDAL EMILIANO ZAPATA				
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	Correo Electrónico	Lada	Teléfono Particular	Lada	Teléfono Oficina
ECATEPEC	ECATEPEC	MEXICO	agartias @hotmail.com	55	11155123	55	5393 1773
Ocupación o Profesión	Lugar físico de desempeño de labores		Fecha de ingreso a la empresa	Antigüedad con la póliza			
INGENIERO TECNICO	OFICINA		07 / 07 / 2016	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	
Actividad o giro del Negocio	Regla para determinar la Suma Asegurada		Salario				
SERVICIOS DE TECNOLOGIA	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> No. Meses de Sueldo <input type="checkbox"/> Otra (Especificar)		\$				
Fiel (Opcional)	RFC o CURP		GAGA700623HMNRTRO3				

III.- CUESTIONARIO MÉDICO (Aplica únicamente en caso que el Asegurado ingrese al grupo asegurado 30 días posteriores a la emisión) La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, aunque no hayan influido en la realización de un siniestro, facultará a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para considerar resindido de pleno derecho el contrato (Art. 8 y 47 de la ley sobre el contrato de seguros)

1. ¿Ha presentado algún padecimiento relacionado con el corazón, el sistema circulatorio, las vías respiratorias, el aparato digestivo, el aparato reproductor o las vías urinarias? Sí No Estatura 176 cms.
2. ¿Presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores o SIDA? Sí No Peso 85 kg.
3. ¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica? Sí No

En cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorio y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc., en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma de la persona por asegurar correspondiente al calce:

No. de pregunta	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

Hábitos

1. ¿Consumo Bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo detallar Clase _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
2. ¿Ha usado drogas como marihuana, anfetaminas o algún derivado del opio entre otras? Sí No En caso afirmativo detallar Clase _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
3. ¿Fuma? Sí No No. de cigarrillos al día _____

Deportes y/o aficiones peligrosas

1. ¿Práctica motociclismo, buceo, vuelo delta, equitación? Sí No Otros (especifique) _____
- Amateur Profesional Desea cubrir el riesgo? Sí No

Ocupación

1. Describa su ocupación _____ 2. ¿Usa motocicleta? Sí No Cilindraje _____

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras del presente consentimiento? Sí No

Mencione si usted, su cónyuge, concubina (rio) o pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros ser jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta [PEP]).

En caso afirmativo describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PEP _____

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____

Parentesco o vínculo con usted _____

Sí No

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA:

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 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 civil, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco ¹	Porcentaje
VERONICA ALANIS GONZALEZ	26/06/1971	CON YUGE	100%
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) BENITO JUAREZ M21A L137	C. P. 55020	Colonia o Fraccionamiento EJIDAL EMILIANO ZAPATA	
Delegación o Municipio ECATEPEC	Ciudad o Población ECATEPEC	Estado MEXICO	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C. P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C. P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C. P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C. P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	

La designación de porcentajes de los beneficiarios debe sumar el 100% del beneficio.

BENEFICIARIOS IRREVOCABLES Si se desea que alguno de los beneficiarios designados con anterioridad tenga el carácter de irrevocable indicarlo a continuación.

NOTA: La designación irrevocable de beneficiarios tiene como consecuencia que el Asegurado en lo futuro no pueda cambiar o cancelar dicha designación, ni alterar el porcentaje que se le asigne.

Es mi voluntad designar irrevocablemente como Beneficiario de esta póliza a:

V.- INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

Autorizo que sea descontado de mis percepciones la parte de la prima del seguro que me corresponde aportar, y que dicho importe sea entregado a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., por conducto del contratante.

Estamos informados que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme a los cuestionarios contenidos en esta solicitud pueden dar lugar a la rescisión del contrato que llegara a celebrarse y en consecuencia, a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., toda la información que se requiera, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra propuesta de seguro y en su caso para todo lo relacionado en el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevamos de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En caso de fallecimiento de la persona asegurada mientras la póliza y el certificado individual se encuentran en vigor, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., pagará a los beneficiarios la suma asegurada que les corresponda en función a los términos y condiciones estipulados en el contrato de seguro, previa presentación del consentimiento individual, declaraciones y demás documentos que requiera la Institución.

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis Datos Personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los Titulares de los Datos Personales que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este Consentimiento y el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Declaro que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Lugar y Fecha **NAUCALPAN** a **19** de **OCTUBRE** de **2016**


Firma del Asegurado

Abreviaturas utilizadas en este formulario**Estado Civil**

- S Soltero
- C Casado

Moneda

- M.N. Moneda Nacional

Parentescos a los que se refiere la Sección IV

Parentesco por consanguinidad y afinidad, hasta en segundo grado: abuelos, padres, hijos, nietos, cónyuge y persona con quien se vive en concubinato.

Observaciones: