

SEGURO DE VIDA

Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

CONTRATANTE Nombre o Razón Social: <NOMBRE_CONTRATANTE>		
NOMBRE DEL ASEGURADO: <NOMBRE_ASEGURADO>		
R.F.C	Fecha Nacimiento <	CURP
Domicilio:		Correo electrónico:
Grupo o subgrupo al que pertenece:		
COBERTURAS AMPARADAS	Suma Asegurada por Cobertura y Asegurado (Regla o Monto)	
Básica	<SUMA_BAS>	
Adicionales <COBERTURAS>	<COBSUMAASEG>	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO Apellidos Paterno/Materno/ Nombres	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada

ADVERTENCIA: En el caso en que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores a efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del 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 pueden implicar que se nombre beneficiario al menor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Expresamente otorgo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de aquel(los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquel(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada que se contrate(n) en mi favor. Y en el entendido de que Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. pagará la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente dicho pago, recibe nueva designación de

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda allegarse de información a través de otras fuentes o personas. Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital

Lugar y Fecha

Sello de Recepción

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 XX de XX de XXXX, con el número CGEN-S0069-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXXXX-XX.

Información importante:

Quedarán protegidas por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo ante otra persona, la cual firmará el presente consentimiento para ser asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.

Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los módulos de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales para la cobertura amparada.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55 4161 9550. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.