



GUÍA RÁPIDA PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE BENEFICIARIOS DE LA CÍA. SEGUROS INBURSA S.A., CORRESPONDIENTE AL SEGURO INSTITUCIONAL

El formato consta de 2 hojas, deberá ser llenado a mano, con letra de molde y únicamente los campos que se indican:

HOJA 1

1

Anotar el Número de Empleado y la Denominación o Razón Social del contratante (Universidad Autónoma del Estado de México).

2

- Nombre completo del Trabajador
- Fecha de Nacimiento
- Género
- Categoría (FAAPUAEM)

3

Se marcará el recuadro de Beneficiario Irrevocable y se anotará el Porcentaje designado, el nombre completo de cada uno de sus beneficiarios (tal y como aparecen en las identificaciones oficiales), así como la Relación o Parentesco. No será necesario solicitar la firma del Beneficiario irrevocable, ya que el trabajador es libre de cambiar a sus beneficiarios en el momento que mejor convenga, mediante el llenado de una nueva hoja y la eliminación del formato anterior.

INBURSA Seguros
CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL
SEGURO DE GRUPO VIDA-AUTO-ADMINISTRADO

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

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 []

Primer nombre: [] Segundo nombre: []
Apellido paterno: [] Apellido materno: []

Fecha de nacimiento: [] Género: [] Categoría: [] Sueldo mensual M.N. [] Fecha de ingreso al grupo []

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.

Beneficiario irrevocable: Beneficiario revocable: Porcentaje: []
Primer nombre: [] Segundo nombre: []
Apellido paterno: [] Apellido materno: []
Relación o parentesco: []
Firma de Beneficiario irrevocable: []

F-448-13 DICIEMBRE 2020
www.inbursa.com Página 1 de 2

INBURSA Seguros
CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL
SEGURO DE GRUPO VIDA-AUTO-ADMINISTRADO

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Número de póliza: [] Número de empleado: **XXXXX** Grupo Asegurado: []

Denominación o razón social del contratante:
Universidad Autónoma del Estado de México

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 []

Primer nombre: **Fernando** Segundo nombre: **David**
Apellido paterno: **Madrid** Apellido materno: **Díaz**

Fecha de nacimiento: **14 / 04 / 1987** Género: **X Masculino** Categoría: **FAAPUAEM** Sueldo mensual M.N. [] Fecha de ingreso al grupo []

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.

Beneficiario irrevocable: Beneficiario revocable: Porcentaje: **60%**
Primer nombre: **Maria** Segundo nombre: []
Apellido paterno: **Escamilla** Apellido materno: **Hernández**
Relación o parentesco: **Esposa**
Firma de Beneficiario irrevocable: []

F-448-13 DICIEMBRE 2020
www.inbursa.com Página 1 de 2

EJEMPLO

NOTA: Es importante que su información esté actualizada y que usted esté informado en caso de que cambiaran las disposiciones por parte de la Cía. Aseguradora para el Seguro de Vida, por lo que se le insta a actualizar su formato una vez al año.



GUÍA RÁPIDA PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE BENEFICIARIOS DE LA CÍA. SEGUROS INBURSA S.A., CORRESPONDIENTE AL SEGURO INSTITUCIONAL

El formato consta de 2 hojas, deberá ser llenado a mano, con letra de molde y únicamente los campos que se indican:

HOJA 2

3

Se marcará el recuadro de Beneficiario Irrevocable y se anotará el Porcentaje designado, el nombre completo de cada uno de sus beneficiarios (tal y como aparecen en las identificaciones oficiales), así como la Relación o Parentesco. No será necesario solicitar la firma del Beneficiario irrevocable, ya que el trabajador es libre de cambiar a sus beneficiarios en el momento que mejor convenga, mediante el llenado de una nueva hoja y la eliminación del formato anterior.

4

Llenar los campos correspondientes al Lugar y Fecha. De igual manera, aparecen dos campos para firma, sin embargo, únicamente deberá firmarse donde menciona Firma del solicitante, puesto que la firma del asegurado es la que le dará validez al documento.

T **T**

<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: 20%
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		
Firma de Beneficiario irrevocable		

<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: 20%
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		
Firma de Beneficiario irrevocable		

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: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Firma del contratante: _____ 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 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.

T **T**

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, 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-S0022-0710-2011 y CNSF-S0022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S0022-0123-2016/CONDUSEF-001856-01 y 001857-01.

Página 2 de 2

T **T**

<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: 20%
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		
Firma de Beneficiario irrevocable		

<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario irrevocable	<input type="checkbox"/> Beneficiario revocable	Porcentaje: 20%
Primer nombre	Segundo nombre	
Apellido paterno	Apellido materno	
Relación o parentesco		
Firma de Beneficiario irrevocable		

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: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Firma del contratante: _____ 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 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.

T **T**

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, 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-S0022-0710-2011 y CNSF-S0022-0711-2011 y, a partir del día 20 de julio de 2016, con el número CGEN-S0022-0123-2016/CONDUSEF-001856-01 y 001857-01.

Página 2 de 2

EJEMPLO

NOTA: Es importante que su información esté actualizada y que usted esté informado en caso de que cambiaran las disposiciones por parte de la Cía. Aseguradora para el Seguro de Vida, por lo que se le insta a actualizar su formato una vez al año.