



MAPFRE Tepeyac, S.A.
Av. Paseo de la Reforma No. 243, Colonia Cuauhtémoc,
Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06500 México, Distrito Federal.
Teléfono: 6592 9000 RFC. MTE-440316 E54

| | |
|---------------|--------------------|
| No. de Póliza | No. de Certificado |
| SMD915 | |

Certificado / Consentimiento de Seguro de Vida Activos

Llene con letra de molde

| Sección I. Datos del Contratante | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|------|---|--------------------------------|---|--|------------------|------------|
| Código Cliente | | | R.F.C. letras año mes día Homoclave | | | | Razón Social | | | |
| | | | S E G 9 1 0 8 1 4 H C A | | | | Secretaría de Educación Guerrero | | | |
| Domicilio (calle, No. y colonia) | | | | | | | | | | |
| Av. De la Juventud s/n Colonia Burócratas | | | | | | | | | | |
| C.P. | | Delegación o municipio | | | Estado y/o población | | | Domicilio principal | | |
| 39000 | | Chilpancingo de los Bravo | | | Guerrero | | | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Lada | Teléfono (1) | | Ext. | Lada | Teléfono (2) | | Ext. | Lada | Fax | |
| | | | | | | | | | | |
| Sección II. Datos del Asegurado | | | | | | | | | | |
| Código Cliente | | | R.F.C. letras año mes día Homoclave | | | | Apellido Paterno | | Apellido Materno | Nombre (s) |
| | | | | | | | | | | |
| Sexo | | Estado Civil | | | Fecha de nacimiento | | Fecha de Ingreso al Grupo | | CURP | |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL | | | | | | | | |
| Día | mes | año | Inicio de Vigencia de la póliza a las 0:00 hrs. | | Día | mes | año | Puesto u ocupación (detallar) | | |
| | | | Inicio-Término | | | | | | | |
| Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada | | | | | | | | | | |
| FALL VG 50 M SUELDO MENSUAL | | | IMA 48 M SUELDO MENSUAL | | | IPO 48 M SUELDO MENSUAL | | | ESCALA A | |
| Gastos Funerarios (indemnizatorios) 35,000.00 | | | BITP 48 M SUELDO MENSUAL | | | | | | | |
| Sección III. Beneficiarios | | | | | | | | | | |
| Nombre completo | | | Parentesco | | % de Suma Asegurada | | Irrevocable | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| <p>Advertencia: en el caso 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.</p> <p>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 nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace en Beneficiario en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.</p> <p>Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida solicitado a Mapfre Tepeyac S.A. por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a Mapfre Tepeyac S.A. todos los informes que se refieren a mi salud.</p> <p>Asimismo manifiesto que conozco las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, las cuales me han sido proporcionados en la fecha de firma de este Contrato.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>_____</p> <p>Lugar y fecha</p> | | | | | | | | | | |
| <p>_____</p> <p>Firma y sello del contratante</p> | | | | | <p>_____</p> <p>Firma del asegurado</p> | | | | | |

ORIGINAL