



CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA SEGURO DE GRUPO DE VIDA

| DATOS DEL ASEGURADO | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|------|--|----------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------|-----------------|
| NOMBRE(S) | | | APELLIDO PATERNO | | | APELLIDO MATERNO | | | |
| DOMICILIO DEL ASEGURADO | | | | | | | | | |
| CALLE | | | No. EXT. | No. INT. | COLONIA | | | CÓDIGO POSTAL | |
| DELEGACIÓN / MUNICIPIO | | | ESTADO | | TELÉFONO PARTICULAR DE CONTACTO | | CELULAR DE CONTACTO | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | SOSTENIMIENTO | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | FECHA EN LA QUE INICIÓ SUS ACTIVIDADES EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA | | | FECHA DE ALTA AL SEGURO | | | SALARIO MENSUAL |
| dd | mm | aaaa | dd | mm | aaaa | dd | mm | aaaa | |
| SUMA ASEGURADA | | | CONTRIBUCIÓN AL PAGO DE LA PRIMA | | | MONTO O PORCENTAJE DE APORTACIÓN | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | |

El asegurado debe designar beneficiario en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

En caso de que se desee nombrar beneficiarios 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, representante 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 puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer la suma asegurada.

| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS | | |
|--|------------|------------|
| NOMBRE COMPLETO NOMBRE(S) AP. PATERNO AP. MATERNO | PORCENTAJE | PARENTESCO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TENGO CONOCIMIENTO DE QUE PARA INGRESAR AL SEGURO, DEBO ESTAR ACTIVO DESEMPEÑANDO MIS ACTIVIDADES

| | | | | |
|-------------|--------|----|----|------|
| Fechado en: | | | | |
| | CIUDAD | DD | MM | AAAA |

FIRMA DEL ASEGURADO

Sello

