

Consentimiento de seguro de vida grupo experiencia propia sin participación en las utilidades

Contratante						Póliza No.		
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO						12-902-133		
Nombre del Asegurado (apellido paterno, apellido materno y nombre)							Sexo	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento			Actividad u ocupación					
Día	Mes	Año						
Fecha de Ingreso			Fecha de alta a la colectividad			Subgrupo		
01	01	2025	01	01	2025			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			
Datos del seguro solicitado								
Regla para determinar la suma asegurada								
De acuerdo a condiciones contratadas.								
Coberturas Adicionales Contratadas								
De acuerdo a condiciones contratadas.								
Datos de los beneficiarios								
Nombre completo (nombre(s), apellido paterno, materno)				Fecha de nacimiento		Parentesco (para identificación)		% de suma asegurada (debe sumar 100%)

Declaraciones

<p>Designación de beneficiarios El Contratante es el Beneficiario preferente e irrevocable de esta Póliza, por el saldo insoluto del crédito amparado.</p>		
<p>Otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la Póliza de Seguro de Vida que el proponente ha solicitado a Seguros SURA, S.A. de C.V., (en lo sucesivo la "Compañía") de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza y estoy de acuerdo que en caso de renovaciones de la póliza, seguirá vigente la designación de beneficiarios aquí hecha a menos que exista nuevo consentimiento o endoso de cambio de beneficiarios.</p>		
<p>Cualquier referencia en el presente documento a selección de riesgo o solicitud de requisitos médicos para asegurar a una persona, únicamente será aplicable para aquellas personas que den su consentimiento para ser asegurados después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.</p>		
<p>_____</p> <p>Lugar y Fecha</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Contratante</p>	<p>_____</p> <p>Firma del Asegurado</p>

Seguros SURA, S.A. de C.V. Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, 01060, Ciudad de México.
Teléfono de atención: 01800 723 7900.

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 31 de agosto de 2010 con el número CNSF-S0010-0436-2010/CONDUSEF-002167-02, BADI-S0010-0105-2015 con fecha 21 de Diciembre de 2015, BADI-S0010-0079-2013 con fecha 17 de Julio de 2013, CGEN-S0010-0160-2013 con fecha 23 de Octubre de 2013, RESP-S0010-0468-2015 con fecha 21 de Mayo de 2015, RESP-S0010-0031-2017 con fecha 02 de Marzo de 2017, RESP-S0010-0004-2018 con fecha 24 de Julio de 2018.

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la póliza, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en www.segurossura.com.mx, o bien, en el RECAS en la página <https://phpapps.condusef.gob.mx/recas/>

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) la cual se encuentra ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos 2448, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060 en la ciudad de México, a los teléfonos 57237999, lada sin costo 01-800-723-7900, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, ó al correo unat.clientes@segurossura.com.mx, ó visite nuestra página www.segurossura.com.mx ó bien puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México; www.condusef.gob.mx; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, Teléfonos: en la Ciudad de México (55) 53400999, Resto de la República Mexicana 01 800 999 8080.