GUÍA RÁPIDA PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, SURA 2025

IMPORANTE: FAVOR DE LEER LA GUÍA COMPLETA ANTES DE COMENZAR A LLENAR EL FORMATO.

Al tiempo de saludarle, se adjunta Formato de **Consentimiento de seguro de vida grupo experiencia propia sin participación en las utilidades** (comúnmente llamada Hoja de Beneficiarios) del Seguro de Vida Institucional.

Respecto al llenado, es importante considerar lo siguiente:

- EL FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MANO, CON LETRA DE MOLDE y tinta preferentemente NEGRA O AZUL.

- Algunos campos son irrelevantes para la aseguradora, por lo que solo deberá completarse lo siguiente:

1. En la sección para los datos del trabajador, deberán llenarse los campos referentes al **“Nombre del Asegurado”, “Sexo” y “Fecha de Nacimiento”**.
2. En la sección para los **“DATOS DE LOS BENEFICIARIOS”**, se anotarán el **Nombre completo** de cada uno de sus beneficiarios (tal y como aparece en identificaciones oficiales), **Fecha de nacimiento**, **Parentesco** y **% de suma asegurada** (de tal manera que al sumar los porcentajes designados resulte un total de 100%)
3. En la última sección **“DECLARACIONES”**, es de suma importancia llenar los campos correspondientes al **Lugary Fecha** y, especialmente, **no deberá olvidar** colocar la **Firma del Asegurado**, puesto que ésta es la que le dará validez al documento.

SEGUROS

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												
<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>			☐ M ☐ F												
Fecha de Nacimiento		Actividad u ocupación													
<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>		<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>													
Fecha de Ingreso		Fecha de alta a la colectividad													
<table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>01</td> <td>2025</td> <td>01</td> <td>01</td> <td>2025</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		01	01	2025	01	01	2025	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	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%)											
<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>		<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>	<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>	<div style="border: 1px dashed orange; padding: 2px;"> _____ </div>											

SEGUROS

Declaraciones

Designación de beneficiarios
El Contratante es el Beneficiario preferente e irrevocable de esta Póliza, por el saldo insoluto del crédito amparado.

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.

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.

Lugar y Fecha

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Seguros SURA, S.A. de C.V. Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Altabista, 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-02167-02, 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.

Si a base 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.segurosura.com.mx, o bien, en el RECLAS en la página <https://sigeps.condusef.gob.mx/reclas/>

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 57237969, toda 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, o al correo unitedcliente@segurosura.com.mx, o visite nuestra página www.segurosura.com.mx o 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; Teléfono: en la Ciudad de México (55) 53400959, Resto de la República Mexicana 01 800 999 8080.

Es importante mencionar que, una vez el trabajador deja de tener relación laboral con la Institución, el seguro de vida también deja de tener efecto.

En caso de que tenga alguna duda para el llenado del formato o cualquier otra inquietud referente a este seguro, puede ponerse en contacto con nuestros asesores en las oficinas del Consorcio Kick, a fin de que puedan orientarle. Los teléfonos son 722 213 7358 y 722 213 7359, y la dirección de e-mail: ventas@kickconsorcio.com

Así mismo, no omitimos mencionar que, una vez completado el formato, **NO DEBERÁ ENTREGARLO A NINGUNA PERSONA DE LA INSTITUCIÓN**, por lo que éste **DEBERÁ SER GUARDADO CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES IMPORTANTES** a fin de que los beneficiarios puedan contar con el documento original en caso de requerir la reclamación.

En caso de contar con alguna otra hoja de beneficiarios anterior, se hace la recomendación de destruirla.

Por último, 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**. Para ello, puede ponerse en contacto con el Área de Seguros de la Dirección de Recursos Materiales de la UAEM, al número telefónico 722 226 1161, extensión 2217, o al correo electrónico seguros.uaemex@gmail.com

Esperando que la información sea de su conformidad, quedamos a sus apreciables órdenes.

Área de Seguros UAEMéx
LP-035-2024