



GUÍA RÁPIDA PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, INBURSA 2026

EL FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MANO, CON LETRA DE MOLDE Y TINTA PREFERENTEMENTE NEGRA O AZUL, ÚNICAMENTE EN LOS CAMPOS QUE SE INDICAN:

HOJA 1

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

1. Datos del Contratante y características del plan

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 / /

2. Datos personales del solicitante

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Fecha de nacimiento: / / Género: Masculino Femenino Categoría: _____ Sueldo mensual M.N.: _____ Fecha de ingreso al grupo: / /

3. Designación de beneficiarios

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.

7

Beneficiario irrevocable Beneficiario revocable Porcentaje: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Relación o parentesco: _____

Firma de Beneficiario irrevocable: _____

- Deberán completarse los siguientes campos:

I. En la sección "DATOS DEL CONTRATANTE Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN".

1. Número de Empleado: Anote su número de empleado, puede verificarlo en su comprobante de nómina.

2. Grupo Asegurado: Indique el tipo de personal al que pertenece SUTESUAEM, FAAPUAEM o CONFIANZA.

II. En la sección "DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE".

3. Nombre completo del Trabajador: El nombre deberá anotarse sin abreviaciones y debe coincidir con lo que aparece en su INE. Coloque los nombres y apellidos conforme se indica en cada campo.

4. Fecha de Nacimiento: Anote en números su fecha de nacimiento conforme aparece en su acta de nacimiento, comenzando por día/mes/año.

5. Género: Marque el recuadro de Masculino o Femenino, según corresponda a su caso.

6. Categoría: Confirme el tipo de personal al que pertenece SUTESUAEM, FAAPUAEM o CONFIANZA.

III. En la sección "DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS".

7. Beneficiario Revocable: Deberá marcarse el recuadro de "Beneficiario revocable", a fin de no requerir la firma de sus beneficiarios. 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.

8. Porcentaje designado: Anote el porcentaje (%) de la suma asegurada designada para cada beneficiario, de tal manera que al sumar los porcentajes resulte un total del 100%. Favor de verificar la suma.



GUÍA RÁPIDA PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, INBURSA 2026

HOJA 2

EL FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MANO, CON LETRA DE MOLDE Y TINTA PREFERENTEMENTE NEGRA O AZUL, ÚNICAMENTE EN LOS CAMPOS QUE SE INDICAN:

T **7** **8** **T**

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

10 **9**

Beneficiario irrevocable	Beneficiario revocable	Porcentaje:
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: **11** **12**

Fecha: / /

13

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.

7. Beneficiario Revocable: Deberá marcarse el recuadro de "Beneficiario revocable", a fin de no requerir la firma de sus beneficiarios. 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.

8. Porcentaje designado: Anote el porcentaje (%) de la suma asegurada designada para cada beneficiario, de tal manera que al sumar los porcentajes resulte un total del 100%. Favor de verificar la suma.

9. Nombre completo del beneficiario: El nombre del beneficiario deberá anotarse sin abreviaciones y debe coincidir con lo que aparece en su INE. Coloque los nombres y apellidos conforme se indica en cada campo.

10. Relación o Parentesco: Indique el parentesco que mantiene con cada una de las personas asignadas como beneficiarias (ejemplos: madre, esposo, hijo, concubina, etc.), esto permitirá identificar rápidamente el tipo de documentación que deberá presentarse ante la aseguradora en caso de requerir la reclamación.

IV. En la última sección "DECLARACIONES DEL SOLICITANTE".

11. Lugar: Indique el municipio al que pertenece su lugar de adscripción (ejemplos: Toluca de Lerdo, Estado de México; Tenancingo, Estado de México; etc.)

12. Fecha: Anote en números la fecha en que llenó su formato, comenzando por día/mes/año.

13. Firma del solicitante: Deberá firmar tal como aparece en su INE. No olvide colocar la firma, ya que sin ella el formato no tendrá validez y, en caso de reclamación, sus beneficiarios deberán iniciar juicio sucesorio.

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.