

Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios seguro de vida grupo

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro que se encuentran disponibles en la página www.metlife.com.mx

1. Datos del Contratante			
Nombre del Contratante _____			Número de póliza _____
2. Datos del Asegurado			
Nombre(s) _____		Apellido paterno _____	
Apellido materno _____			
Fecha de nacimiento	Día _____ Mes _____ Año _____	Registro Federal de Contribuyentes	Puesto u ocupación / Organismo en que labora _____
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Número de empleado _____
3. Suma Asegurada (monto o regla para determinarla)			
La que esté en vigor a la fecha del siniestro, de acuerdo con el contrato del seguro respectivo.			
4. Designación de beneficiarios			
En caso de requerir designación de beneficiario irrevocable: Designo como beneficiario con carácter de irrevocable a _____ % _____; en caso de existir remanente de Suma Asegurada, designo beneficiarios a:			
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	

Asegurado

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac,
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5328 7000,
Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)

Domicilio completo

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Especificaciones especiales

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.

MetLife México, S.A. pagará la Suma Asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato, a los beneficiarios que consten en la última designación de beneficiarios registrados, de acuerdo al esquema de administración de la póliza de seguro, quedando liberada toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

Expresamente otorgo a MetLife México, S.A. mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza de seguro, expedida por dicha compañía a favor del Contratante especificado en este consentimiento. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente y son verídicas y están completas.

Nota: El Asegurado se encontrará amparado por la póliza de seguro referida, a partir de la fecha de firma del presente consentimiento o de su ingreso a formar parte del grupo asegurado, lo que sea posterior y se mantendrá amparado por la póliza siempre que esta se encuentre vigente y el Asegurado forme parte del grupo asegurado.

5. Otorgamiento de consentimiento para ser Asegurado. Firma o huella del Asegurado

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento _____

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx

 Firma del Asegurado

 Sello

Si el Asegurado no sabe o no puede firmar, deberá poner su huella digital en presencia de dos testigos, los cuales deberán de firmar el documento.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto por 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 13 de Marzo de 2019 con el número CNSF-S0034-0018-2019/ CONDUSEF-G-01081-001.



Folio interno AIG: 6844494

AIG Seguros México, S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

oscasil

Certificado

Certificado No.	Póliza No.: 4-WSM-10000370-7	Nombre del Contratante DCG DELIVERY CENTER MEXICO S. DE R.L. DE C.V.				Vigencia de Póliza De las 12 horas del 31 de mayo de 2024 Hasta las 12 horas del 31 de mayo de 2025			
Fecha de alta:	Moneda MXN	Fecha de Nacimiento		Sexo		Fecha:			
		DÍA	MES	AÑO	M	F	DÍA	MES	AÑO
Nombre del Asegurado:									
Coberturas Amparadas y Sumas Aseguradas								* N/ A : No Aplica	
Coberturas		INDEMNIZACION PARA GASTOS FUNERARIOS		Suma Asegurada \$ 105.000.00		Deducible N/A		Indicar cobertura Nacional o en el Extranjero o ambas Nacional	

COBERTURA ESPECÍFICA

SE AMPARA A LOS ASEGURADOS DECLARADOS EN LA POLIZA DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA Y DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL, PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR GASTOS FUNERARIOS LA COBERTURA APLICARA 24 HRS DEL DIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. LAS COBERTURAS Y ASISTENCIAS EN VIAJE APLICARAN SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN VIAJES DE PLACER Y/O NEGOCIOS A MAS DE 100 KMS. DE DISTANCIA DE SU LUGAR DE RESIDENCIA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON HOSPEDAJE/ RESERVACION EN ALGUN HOTEL. LA DURACION MAXIMA DE CADA VIAJE SERA DE 30 DIAS CONTINUOS. NO HAY LIMITE EN EL NUMERO DE VIAJES POR ASEGURADO POR AÑO. SE EMITIRA UNA POLIZA DE GASTOS FUNERARIOS Y UNA SEPARADA PARA LAS COBERTURAS EN VIAJE.

EDADES DE ACEPTACIÓN

TITULAR DE 18 A 95 AÑOS CON CANCELACION A LOS 96 AÑOS

CONYUGE/ CONUBINO Y PADRES DE 15 A 80 AÑOS CON CANCELACIÓN A LOS 96 AÑOS.

HIJOS/ HIJASTROS Y HERMANOS DE 0 A 80 AÑOS CON CANCELACION A LOS 96 AÑOS.

NO OBSTANTE, SE ENCUENTRE EN LA LISTA DE ASEGURADOS, NO SE CONSIDERARÁ AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA SI LA EDAD ESTÁ FUERA DE ESTOS LÍMITES.

Designación de Beneficiarios

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS	PORCENTAJE	PARENTESCO
TOTAL	100%	

Periodo de Cobertura: 365 días

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 para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe de designarse tutores, albaceas, representaciones 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 beneficiarios menores de edad, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.

En el caso de que no se disponga de la Designación de Beneficiarios, se realizara acorde a la sucesión legal que dictamine las leyes correspondientes.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En caso de que este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO

AIG Seguros México, S. A. de C. V.

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 23 de julio de 2015, con el número PPAQ-S0012-0009-2015/CONDUSEF-002436-01.

oscasil



UNCOMMONLY INDEPENDENT

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN GASTOS MÉDICOS MAYORES

Nombre del Empleado: _____ No. de Empleado: _____

Tel: _____ E-mail: _____

Nombre Completo	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
	Titular				
	Cónyuge				
	Hijo (a)				
	Hijo (a)				
	Hijo (a)				

Es importante mencionar que adicional a la Suma Asegurada de \$6,000,000 MXN que te otorga la firma, de manera **opcional**, puedes contratar algunas de las siguientes opciones:

PLANES OPCIONALES			
Suma Asegurada a Incrementar	Costo Anual	Forma de pago	Opcional
Sin Límite con Protección Garantizada	Según edad del asegurado.	catorcenas "vía nómina"	
Opción 1 – Reducción \$5,000 Tabulador (GUA+200%)	\$1,762	catorcenas "vía nómina"	
Opción 1 – Reducción \$4,000 - Tabulador (GUA+200%) Aumento en Suma Asegurada en cobertura de maternidad. Cesárea: \$90,000 y Parto: \$90,000	\$5,467	catorcenas "vía nómina"	
Plan: Prestación de la Firma \$6,000,000 – GUA 100%	Tabla contributiva de presentación	catorcenas "vía nómina"	

Para cualquiera de los planes antes indicados, se aplicará el descuento proporcional de acuerdo con la fecha de ingreso a la firma.

OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO A **DCG DELIVERY CENTER MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.**, A EFECTO DE QUE ME SEA DESCONTADO DE MI SALARIO CATORCENAL NOMINAL LA CANTIDAD QUE CORRESPONDA A LA CONTRIBUCIÓN PARA EL PAGO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE CONFORMIDAD AL PLAN VIGENTE CONTRATADO POR LA FIRMA, DEL CUAL ESTOY ENTERADO.

ESTOY DE ACUERDO EN QUE ME SEA DESCONTADA LA PRIMA TOTAL PRORRATEADA CORRESPONDIENTE A CADA ASEGURADO A EFECTO DE INCREMENTAR Y TENER DERECHO A LA COBERTURA DE SUMA ASEGURADA EN EXCESO.

Firma del Empleado

- ☐ Estoy en el entendido que es mi responsabilidad enviar al correo: **becario.deloitte01@lockton.com con copia a mriveracruz@deloitte.com**: acta de matrimonio para dar de alta a mi cónyuge, así como acta de nacimiento para dar de alta mi(s) hijo(s), según corresponda, a más tardar dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha de mi contratación.
- ☐ Estoy en el entendido que, para reconocer mi antigüedad, no debo estar descubierto más de 30 días naturales por parte de una aseguradora por lo que debo realizar lo siguiente:
- 1) Si estuve asegurado en una póliza grupal: entregar mi carta de reconocimiento de antigüedad emitida por la aseguradora anterior. La carta será válida sólo si la fecha de expedición y baja reflejada en la carta está entre el último día que quedé amparado por mi póliza anterior más 30 días naturales.
 - 2) Si estuve asegurado en una póliza individual: entregar carátula de la póliza, el último recibo de pago y el complemento de pago.

La documentación debe ser enviada al correo becario.deloitte01@lockton.com con copia a mriveracruz@deloitte.com. El equipo de Lockton me indicará si se requiere mayor información para el reconocimiento de antigüedad.

CONSULTA EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LOCKTON: <https://www.locktoninternational.com/mx/aviso-de-privacidad>

LOCKTON COMPANIES – LOCKTON MÉXICO

Av. Santa Fe 481, Piso 19, Col. Cruz Manca. México, CDMX., C.P. 05349

[Lockton.com.mx](https://www.lockton.com.mx)

TARIFAS TOTALES EXCESO EMPLEADOS 2024 - 2025

Categoría	Empleados	
	Sin Límite	
	Protección Garantizada	
Suma Asegurada		
Edad	M	F
0 - 19	2,303.43	2,303.43
20 - 24	2,739.96	3,515.53
25 - 29	2,913.12	3,786.18
30 - 34	3,182.31	4,147.05
35 - 39	3,576.65	4,601.04
40 - 44	4,129.59	5,158.34
45 - 49	4,877.51	5,821.87
50 - 54	5,853.88	6,598.90
55 - 59	7,102.36	7,511.25
60	8,861.58	9,014.37
61	9,315.58	9,328.67
62	9,769.57	9,642.97
63	10,223.56	9,957.28
64	10,677.55	10,271.58
65	11,131.55	10,585.88
66	11,659.75	11,084.98
67	12,186.50	11,584.08
68	12,714.70	12,083.18
69	13,242.90	12,582.28
70	13,769.65	13,081.38
71	14,437.54	13,712.90
72	15,103.98	14,342.96
73	15,770.42	14,974.48
74	16,438.31	15,604.54
75	17,104.75	16,236.05
76	17,945.80	17,030.54
77	18,785.39	17,826.48
78	19,626.44	18,620.97
79	20,467.49	19,416.91
80	17,360.85	16,470.32