

## CONSENTIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO EMPRESARIAL

### DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación y/o Razón Social: OPERADORA INMOBILIARIA E INDUSTRIAL DE MEXICO S.A. DE C.V.			
Nacionalidad: MEXICANA	R.F.C.: OII060310B88	Relación con el solicitante:	
Calle y número: AV LA MONTAÑA N100	Colonia: PARQUE INDUSTRIAL QRO	Municipio o delegación: QUERETARO	
Ciudad o población: QUERETARO	Estado: QRO	País: MEXICO	C.P.: 76220
Teléfonos: 4422158950	Clave de país:	Código de ciudad:	e-mail:
Giro del negocio: PRESTACION DE SERVICIOS DE ADMINISTRACION			

### DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	Número de subgrupo:
Vigencia de la póliza desde las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa	hasta las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa
Vigencia del certificado desde las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa	hasta las 12:00 hrs. de : dd / mm /aa
Regla para determinar suma asegurada por cobertura: 24 VECES EL SUELDO MENSUAL	

### DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno: ESCOBEDO		Apellido Materno: SIERRA	
Nombre(s): OMAR			
Nacionalidad (es): MEXICANA		R.F.C.: ESS0841230	Fecha de nacimiento: 30 / 12 / ( 84
Tipo, número y emisor de la identificación oficial: CREDENCIAL 1297184228 IFE		Vigencia: 2025 / mm /aa	Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada :
País y lugar de nacimiento: SAN MIGUEL DE ALLENDE GTO MEXICO			Sexo: ( X ) M ( ) F
Domicilio: C REAL 57 LOC ALCOCER SAN MIGUEL DE ALLENDE GTO			
Estado civil: ( X ) Casado ( ) Soltero ( ) Otro Especificar: _____			
Ocupación actual: EMPLEADO			
¿En que consiste?: SUPERVISION MANTENIMIENTO ALUMBRADO PLUBICO CCTV			Ingreso mensual:
Fecha de ingreso a la empresa : dd / mm /aa		Fecha de alta de la póliza: dd / mm /aa	
¿Ocupa o ha ocupado en los últimos dos años algún cargo o función pública? Si ( ) No ( X )			
Especifique cargo:			

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje
1. MARIA DE LOS ANGELES MEJIA SIERRA	CONYUGE	100%
2. EN CASO DE FALTA MARIA DE LOS ANGELS TERESA SIERRA SIGALA	MADRE	50%
3. EN CASO DE FALTA MARIA DE LOS ANGELES MARIA GUADALUPE MEJIA DIAZ	SUEGRA	50%
4.		

### DATOS DE BENEFICIARIOS

Domicilio completo	Fecha de nacimiento
1. C REAL 57 LOC ALCOCER SAN MIGUEL DE ALLENDE GTO	01/10/89
2. C REAL 57 LOC ALCOCER SAN MIGUEL DE ALLENDE GTO	13/10/64
3. FRACC LOS PAJAROS CORREJIDORA EL PUEBLITO QUERETARO QUERETARO	05/10/55
4.	

**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 efectos 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, quién 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.

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo asegurado 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 del Grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo 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, MAPFRE México, 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 MAPFRE México 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.

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, MAPFRE México 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.

**Artículo 19.-** En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: Para la operación de vida, MAPFRE México tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de MAPFRE México. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a MAPFRE México, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación.

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de MAPFRE México, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a MAPFRE México la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

MAPFRE México, S.A., hace de su conocimiento que los datos recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)

Declaro bajo protesta de decir verdad, que actúo a nombre y por cuenta propia o con las facultades suficientes que mi representado (a) me ha otorgado; y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades lícitas.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE México, S.A.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal y/o Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario autorizado

“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 18 de Agosto de 2010, con el número CNSF-S0041-0792-2010/CONDUSEF-002404-02 y del 19 de Julio de 2010, con el número CNSFS-0041-0525-2010/CONDUSEF-002405-02”.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE México, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**GLOSARIO :** aa: Año, Av.: Avenida, C.P.: Código Postal, CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dd: Día, etc.:etcétera, F: Femenino, hrs.: Horas, M: Masculino, mm: Mes, mts.: Metros, No.:Número, R.F.C.:Registro Federal de Contribuyentes.