

No. de Cliente Modelo: 100401434

Categoría: Platino



Consentimiento-certificado:

Seguros Atlas

Microseguro de Indemnización Quirúrgica

La empresa a mi medida

Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 91-77-51-10 www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx
Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 México, D.F.

I. DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre o Razón Social	Vigencia de la póliza	Inicio de Vigencia del certificado	Forma de pago de la prima
DIONICIO SALVADOR CORTEZ GIL	Ver Punto (1) Condiciones Adicionales	Ver Punto (1) Condiciones Adicionales	
Domicilio	Número de la póliza		Número de certificado
HERCULES 2316, JARDINES DEL BOSQUE, C.P. 44520, Guadalajara, Jalisco			1010032

TABLA DE COBERTURAS

* La Familia Asegurada se compone del cónyuge e hijos hasta 24 años de edad.

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR					
Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Género (M/F)	Fecha de Nacimiento dd/mm/aa
CONYUGE	HERNANDEZ	ORNELAS	LETICIA	F	11/11/1968
HIJO1	CORTEZ	HERNANDEZ	SANDRA ARACELI	F	08/07/1990
HIJO2	CORTEZ	HERNANDEZ	CLAUDIA GISELA	F	22/03/1994

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.

Designación de Beneficiarios (Asegurado Titular)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Porcentaje	Parentesco
HERNANDEZ	ORNELAS	LETICIA	100	Esposa(o)

ATENCIÓN. INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR
Condiciones Adicionales
(1) Siempre y cuando la prima este pagada y la cobertura vigente. (2) En este acto solicito a Marketing Modelo, S.A. de C.V. y para tal efecto le otorgo poder bastante y suficiente para contratar la póliza de seguro cuyas características se mencionan en la presente solicitud. (3) Acepto que este seguro tiene cobertura anual con renovación automática por un periodo igual mediante el pago que el contratante efectúe a la Compañía de Seguros. (4) Firmando el presente certificado reconozco y acepto que la adquisición de este seguro no genera subordinación alguna con Marketing Modelo, S.A. de C.V. contratante de la póliza, ni con Seguros Atlas, S.A. y ParaLife México, S.A. de C.V.

Por este conducto declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en la presente propuesta son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y por lo tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

Firmado en _____, a _____ de _____ de _____

<div>Firma del Contratante</div>	<div>Firma del Asegurado Titular (en caso de que sea distinto al Contratante)</div>	<div>Firma Autorizada</div>
----------------------------------	---	-----------------------------

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36,36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el Contrato de No Adhesión de fecha: 15/04/2014.

Programa Administrado por
ParaLife México, S.A. de C.V.



paraLife

AVISO DE PRIVACIDAD. Paralife México, S.A. de C.V., con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos número 2459 primer piso, Colonia Atlamaya, Delegación Álvaro Obregón en el Distrito Federal, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Paralife México, S.A. de C.V., podrá recabar de usted los siguientes datos personales: nombre completo, domicilio, RFC, teléfono, teléfono celular, correo electrónico, CURP, fecha de nacimiento.
Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades: (i) proveer los servicios y productos requeridos por usted; (ii) informar sobre cambios o nuevos productos o servicios que estén relacionados con el contratado o adquirido por el cliente; (iii) dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes; (iv) evaluar la calidad del servicio; (v) realizar estudios internos sobre hábitos de consumo.

En caso de duda o reporte de siniestros llamar al: 01 800 237 6728