

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Número de Póliza: 50991-00 **Vigencia:** 23-03-2025 a 23-03-2026

Fecha de Alta: «FECHA_ALTA»

Contratante

FARMACEUTICA HISPANOAMERICANA, S.A. DE C.V. (con THONA SEGUROS, S.A. DE C.V.)

Datos del Asegurado

Nombre: JUAN ANTONIO CARDENAS DOMINGUEZ

Fecha de nacimiento: «FECHA_NACIMIENTO» Género: MASCULINO Teléfono: «TELEFONO»

Coberturas / Sumas Aseguradas

- Básica por fallecimiento: 12 Meses de sueldo (tope \$250,000)
- Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B: 12 Meses de sueldo (tope \$250,000)
- Invalidez Total y Permanente: 12 Meses de sueldo (tope \$250,000)
- Exención de pago de primas por ITP: 12 Meses de sueldo (tope \$250,000)
- Gasto funerario: \$50,000.00

Beneficiarios

Nombre completo / Parentesco / Porcentaje:

«BENEFICIARIOS_TABLA»

Nota: Si se nombran menores, no designar a un mayor como representante para el cobro; aplicar disposiciones civiles correspondientes.

Aviso de Privacidad

THONA Seguros, S.A. de C.V. pone a la vista el Aviso de Privacidad Integral conforme a la LFPDPPP. El asegurado consiente el tratamiento de datos personales, financieros, patrimoniales y sensibles.

Firma del Asegurado: _____

Lugar y Fecha: «LUGAR_FECHA»

Registro CNSF-S0120-0487-2017 / CONDUSEF-002913-03.