

# **CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA SEGURO DE GRUPO VIDA TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE "PRESTACIONES"**

Consentimiento individual para formar parte del Seguro de Grupo Vida "Prestaciones" Temporal a un Año solicitado a Seguros AFIRME, S.A. de C.V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, por el grupo al que pertenezco, con el personal activo de:

Número Póliza

Contratante o Razón Social			Número de Certificado
Nombre(s) del Asegurado	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo
Melisa	Miranda	Martinez	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Fecha de Nacimiento	Fecha en la que inició sus actividades dentro de la empresa, organización, etc.	Fecha de alta al seguro	Ocupación o actividad del asegurado:
25 / 07 / 2000 DD MM AA			Estudiante
			Suma asegurada:
			\$220,000.00
Salario Mensual	Contribución al pago de la prima	Monto o porcentaje de aportación	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**ADVERTENCIAS:** El asegurado debe designar beneficiario en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

En 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, representante 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 nombre 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			
Nombre(s)	%	Parentesco	Designación Irrevocable
Melisa Martinez Montalvo	100	Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro de grupo vida temporal a un año renovable "Prestaciones" a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al seguro debo estar en servicio activo, desempeñando regularmente mi trabajo o actividad.

Fechado en Montemorelos, N.L. el día 20 de julio de 2020

Firma del asegurado

En el 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 16 de abril de 2010, con el número CNSF-S0094-0399-2010.

No. de Registro: CNSF-S0094-0399-2010/CONDUSEF-003392-01

# Universidad de Montemorelos

## PLAN DE EDUCACIÓN GARANTIZADA

Certificado del Plan 2019-2020

Nombre del Alumno Melissa Miranda Martinez Mat. 1222222  
Domicilio del Alumno Rio el Pilon #800 col. el cielo  
Estado Civil ☒ S ☐ C Fecha de Nacimiento 25-07-2000  
Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

**Beneficios:** Al fallecer la persona que pagaba las cuotas de enseñanza y, en algunos casos también el internado (dormitorio y alimentos en SAUM), el plan pagará las cuotas faltantes a partir de la fecha del fallecimiento, en la misma condición en que estaba inscrito el estudiante de acuerdo al siguiente esquema:

1. Alumnos de nivel medio, los tetramestres que falten cursar
2. Alumnos de licenciatura, los semestres que falten cursar de la licenciatura en curso
3. A partir de la fecha del fallecimiento, el *PLAN DE EDUCACIÓN GARANTIZADA* cubrirá exclusivamente el pago de la colegiatura e internado (si el estudiante estaba inscrito en esta condición al momento de morir su patrocinador), hasta el último semestre de su plan de estudios.

**Para recibir el beneficio del Plan** el alumno deberá presentar los siguientes documentos de la persona fallecida que pagaba las cuotas del alumno:

1. Acta de Nacimiento de quien pagaba las colegiaturas
2. Acta de Defunción de quien pagaba las colegiaturas
3. Acta del Ministerio Público relativa (*en caso de muerte accidental*)
4. Acta de Nacimiento del alumno.

**Exclusiones:** el plan no pagará los siguientes conceptos:

1. La matricula anual
2. Las materias reprobadas ya sean previo o después de la aplicación del plan
3. El año de internado en carreras que tengan estas prácticas
4. Servicio social

### Datos del patrocinador y su relación con el estudiante

Nombre Melisa Martinez Montalvo Madre  
*De quien paga la colegiatura* *Relación con estudiante*  
Edad 50 Fecha de nacimiento 24-09-1969  
Dirección Rio el Pilon #800 col. el cielo  
Ciudad Montemorelos Estado Nuevo Leon  
Teléfono 826 123 4567 email mmmontalvo@gmail.com

*Firma del alumno*

**CONSENTIMIENTO****PÓLIZA DE SEGURO****Póliza 30-47840****Vigencia:** Del 07/08/2019 12:00 horas al 07/08/2020 12:00 horas**No. Consentimiento:****Operación:** Producto Paquete

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo 30-47840 que el Contratante del Seguro tiene celebrada con Chubb Seguros México, S.A.

**Datos del contratante y asegurado****Contratante:** UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS, A.C.**Nombre del asegurado:** Melissa Miranda Martinez**Sexo:** F**Fecha de nacimiento:** 25/07/00**Datos generales de la póliza**

	Sí	No	
Prestación laboral:		X	
Participación en pago de primas:		X	Porcentaje:
Dividendos:		X	

**Desglose de coberturas**

Cobertura	Suma asegurada o regla para determinarla
MUERTE ACCIDENTAL	\$200,000.00
PERDIDAS ORGANICAS (ESCALA B)	\$200,000.00

**Coberturas adicionales****Suma asegurada o regla para determinarla****Designación de beneficiarios**

Nombre del beneficiario	Parentesco	Porcentaje	Irrevocable (Sí/No)
N/A			
Melisa Martinez montalvo	Madre	100 %	

**CONSENTIMIENTO**  
**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO****Póliza 30-47840****Vigencia:** Del 07/08/2019 12:00 horas al 07/08/2020 12:00 horas**No. Consentimiento:****Operación:** Producto Paquete**Notas**

**IMPORTANTE:** 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 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 asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios que haya designado, mediante notificación por escrito a la Aseguradora. En caso de no recibir dicha notificación oportunamente, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente de que tenga conocimiento.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de beneficiarios.

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la Aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Cualquier cuestionamiento o cláusula relacionada con la selección de riesgo, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad.

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 13 de junio de 2016, con el número PPAQ-S0039-0036-2016 y 19 de diciembre de 2017, con el número MODI-S0039-0071-2017 / CONDUSEF-002024-02.

Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas en él, las he hecho personalmente y que son verídicas.

Montemorelos, N.L. 20 - Julio - 2020

Lugar y Fecha



Firma del solicitante

**Contacto****Reporte de siniestro:**

Cd. de México, Monterrey y Guadalajara

Teléfono:

Resto del país: 01800 087 4598

**Servicio a clientes:**

Cd. de México, Monterrey y Guadalajara

Teléfono:

Resto del país: 01800 223 2001

[www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)