

**Consentimiento-certificado individual para ser asegurado en la
póliza de vida grupo**

Contratante	No. de Póliza	Certificado
C CUBE TECHNOLOGIES Y ASOCIADOS, S.C.	H00-7-1-995036	1-109262/1
Nombre del Asegurado		
ZERMENO PINA ROLDAN ALBERTO		
Vigencia de las 12:00 hrs.		Hasta las 12:00 hrs.
Póliza	Certificado	
De: 01/01/2022 A: 01/01/2023	De: 12/12/2022 A: 01/01/2023	
Fecha de Nacimiento		
03 DE JUNIO DE 1986		
Coberturas Contratadas		Suma Asegurada
45 - FALLECIMIENTO		900,000.00
46 - SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		900,000.00
48 - INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL		900,000.00
49 - INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS ESCALA B		900,000.00
50 - INDEMNIZACION POR ACCIDENTE EN EVENTO COLECTIVO		900,000.00
51 - GASTOS FUNERARIOS TITULAR		40,000.00
52 - GASTOS FUNERARIOS CONYUGE		40,000.00
53 - GASTOS FUNERARIOS HIJOS		40,000.00
56 - ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES		INCLUIDO
57 - AVIACION PARTICULAR		INCLUIDO
58 - PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO		INCLUIDO
Beneficiarios (Especificar Nombre, Parentesco y Porcentaje)		
<p>En caso que deseen nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones, la designación que se hiciera de un mayor de edad como representa 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 solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.</p>		
Condiciones Adicionales		
Regla para determinar Suma Asegurada : (45) FALLECIMIENTO, Meses Sueldo Base: 12.00. (46) SAITP, Meses Sueldo Base: 12.00. (48) MA, Meses Sueldo Base: 12.00. (49) PO "B", Meses Sueldo Base: 12.00. (50) IC, Meses Sueldo Base: 12.00. (51) GF T, S.A. Fija: 40,000.00. (52) GF C, S.A. Fija: 40,000.00. (53) GF H, S.A. Fija: 40,000.00. (56) AET, Incluido. (57) AVIACION P., (58) PAGO INMED, Incluido.		
Porcentaje de contribución del asegurado a la prima: 0% Fijo		
Para las condiciones generales asociadas al numero de registro que se indica más adelante ponemos a su disposicion nuestro sitio WEB www.segurosatlas.com.mx		
HERMOSILLO, SONORA a 12 de DICIEMBRE de 2022		
<p>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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de Febrero de 2020, con el número CNSF-S0023-0472-2019/CONDUSEF-004027-03.</p>		

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página **www.segurosatlas.com.mx**, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

En Virtud de la solicitud presentada a Seguros Atlas S.A., por el contratante para un seguro de vida denominado como indica, manifiesto a ustedes mi consentimiento para ser asegurado en dicha póliza, para ese efecto proporciono los datos y hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas, de igual forma me sea descontada de mi sueldo la proporción de prima indicada en este consentimiento.

Firma Autorizada

Firma del asegurado

**Consentimiento-certificado individual para ser asegurado en la
póliza de vida grupo**

Contratante	No. de Póliza	Certificado
C CUBE TECHNOLOGIES Y ASOCIADOS, S.C.	H00-7-1-995036	1-109262/1
Nombre del Asegurado		
ZERMENO PINA ROLDAN ALBERTO		
Vigencia de las 12:00 hrs.		Hasta las 12:00 hrs.
Póliza	Certificado	
De: 01/01/2022 A: 01/01/2023	De: 12/12/2022 A: 01/01/2023	
Fecha de Nacimiento		
03 DE JUNIO DE 1986		
Coberturas Contratadas		Suma Asegurada
45 - FALLECIMIENTO		900,000.00
46 - SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		900,000.00
48 - INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL		900,000.00
49 - INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS ESCALA B		900,000.00
50 - INDEMNIZACION POR ACCIDENTE EN EVENTO COLECTIVO		900,000.00
51 - GASTOS FUNERARIOS TITULAR		40,000.00
52 - GASTOS FUNERARIOS CONYUGE		40,000.00
53 - GASTOS FUNERARIOS HIJOS		40,000.00
56 - ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES		INCLUIDO
57 - AVIACION PARTICULAR		INCLUIDO
58 - PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO		INCLUIDO
Beneficiarios (Especificar Nombre, Parentesco y Porcentaje)		
<p>En caso que deseen nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones, la designación que se hiciera de un mayor de edad como representa 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 solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.</p>		
Condiciones Adicionales		
Regla para determinar Suma Asegurada : (45) FALLECIMIENTO, Meses Sueldo Base: 12.00. (46) SAITP, Meses Sueldo Base: 12.00. (48) MA, Meses Sueldo Base: 12.00. (49) PO "B", Meses Sueldo Base: 12.00. (50) IC, Meses Sueldo Base: 12.00. (51) GF T, S.A. Fija: 40,000.00. (52) GF C, S.A. Fija: 40,000.00. (53) GF H, S.A. Fija: 40,000.00. (56) AET, Incluido. (57) AVIACION P., (58) PAGO INMED, Incluido. Porcentaje de contribución del asegurado a la prima: 0% Fijo Para las condiciones generales asociadas al numero de registro que se indica más adelante ponemos a su disposicion nuestro sitio WEB www.segurosatlas.com.mx		
HERMOSILLO, SONORA a 12 de DICIEMBRE de 2022		
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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de Febrero de 2020, con el número CNSF-S0023-0472-2019/CONDUSEF-004027-03.		

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página **www.segurosatlas.com.mx**, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

En Virtud de la solicitud presentada a Seguros Atlas S.A., por el contratante para un seguro de vida denominado como indica, manifiesto a ustedes mi consentimiento para ser asegurado en dicha póliza, para ese efecto proporciono los datos y hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas, de igual forma me sea descontada de mi sueldo la proporción de prima indicada en este consentimiento.

Firma Autorizada

Firma del asegurado

**Consentimiento-certificado individual para ser asegurado en la
póliza de vida grupo**

Contratante	No. de Póliza	Certificado
C CUBE TECHNOLOGIES Y ASOCIADOS, S.C.	H00-7-1-995036	1-109262/1
Nombre del Asegurado		
ZERMENO PINA ROLDAN ALBERTO		
Vigencia de las 12:00 hrs.		Hasta las 12:00 hrs.
Póliza	Certificado	
De: 01/01/2022 A: 01/01/2023	De: 12/12/2022 A: 01/01/2023	
Fecha de Nacimiento		
03 DE JUNIO DE 1986		
Coberturas Contratadas		Suma Asegurada
45 - FALLECIMIENTO		900,000.00
46 - SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		900,000.00
48 - INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL		900,000.00
49 - INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS ESCALA B		900,000.00
50 - INDEMNIZACION POR ACCIDENTE EN EVENTO COLECTIVO		900,000.00
51 - GASTOS FUNERARIOS TITULAR		40,000.00
52 - GASTOS FUNERARIOS CONYUGE		40,000.00
53 - GASTOS FUNERARIOS HIJOS		40,000.00
56 - ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES		INCLUIDO
57 - AVIACION PARTICULAR		INCLUIDO
58 - PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO		INCLUIDO
Beneficiarios (Especificar Nombre, Parentesco y Porcentaje)		
<p>En caso que deseen nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones, la designación que se hiciera de un mayor de edad como representa 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 solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.</p>		
Condiciones Adicionales		
Regla para determinar Suma Asegurada : (45) FALLECIMIENTO, Meses Sueldo Base: 12.00. (46) SAITP, Meses Sueldo Base: 12.00. (48) MA, Meses Sueldo Base: 12.00. (49) PO "B", Meses Sueldo Base: 12.00. (50) IC, Meses Sueldo Base: 12.00. (51) GF T, S.A. Fija: 40,000.00. (52) GF C, S.A. Fija: 40,000.00. (53) GF H, S.A. Fija: 40,000.00. (56) AET, Incluido. (57) AVIACION P., (58) PAGO INMED, Incluido. Porcentaje de contribución del asegurado a la prima: 0% Fijo Para las condiciones generales asociadas al numero de registro que se indica más adelante ponemos a su disposicion nuestro sitio WEB www.segurosatlas.com.mx		
HERMOSILLO, SONORA a 12 de DICIEMBRE de 2022		
<p>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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de Febrero de 2020, con el número CNSF-S0023-0472-2019/CONDUSEF-004027-03.</p>		

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página **www.segurosatlas.com.mx**, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

En Virtud de la solicitud presentada a Seguros Atlas S.A., por el contratante para un seguro de vida denominado como indica, manifiesto a ustedes mi consentimiento para ser asegurado en dicha póliza, para ese efecto proporciono los datos y hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas, de igual forma me sea descontada de mi sueldo la proporción de prima indicada en este consentimiento.

Firma Autorizada

Firma del asegurado