

Consentimiento No. \_\_\_\_\_  
 Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_  
 Categoría \_\_\_\_\_

DATOS DEL INTEGRANTE			
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno			
Empleado No.	Ocupación		
Descripción de la ocupación, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramienta, maquinaria, materiales y vehículos.			
Fecha de nacimiento:	Día _____	Mes _____	Año _____
Fecha de ingreso al Grupo Asegurado:	Día _____	Mes _____	Año _____
Fecha de ingreso a la Póliza:	Día _____	Mes _____	Año _____
Fecha de término de Vigencia de la Póliza:	Día _____	Mes _____	Año _____
Tipo de afiliación: <input type="checkbox"/> Voluntaria <input type="checkbox"/> Por prestación laboral		Contribución del Integrante al pago de la Prima <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porcentaje de participación _____ %
Regla para determinar la Suma Asegurada			
Moneda: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares			

COBERTURAS AMPARADAS		Incluido
a) Indemnización por Muerte Accidental (DI)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente (SSIT)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BEPP)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f) Beneficio de Invalidez Total y Permanente (BITP)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g) Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS			
<p><b>ADVERTENCIA:</b> 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 deben 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.</p>			
Apellido Paterno - Apellido Materno - Nombre(s)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% de Participación
<p>El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la suma asegurada contratada por fallecimiento a la última designación de beneficiarios de que tenga conocimiento quedando liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.</p> <p>El contratante podrá ser el beneficiario de la suma asegurada contratada, de conformidad con el Art. 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedad, esto cuando el objeto del seguro sea:</p> <p>I. Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del contratante.                      II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.                      III. Resarcir al contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.</p>			
<p><b>Comentarios</b></p> <p>_____</p>			

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Seguro de Grupo que el contratante ha solicitado a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** de acuerdo a las condiciones generales de la Póliza. Tengo conocimiento que para ingresar al seguro debo ser parte del Grupo Asegurado, y adquirir las características de asegurabilidad para formar parte del mismo.

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

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

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 los registros número CNSF-S0048-0087-2010, CNSF-S0048-0458-2010, CNSF-S0048-0456-2010 y CNSF-S0048-0455-2010 de fecha 30 de abril de 2010.