

**ENTREVISTA / AUTORIZACIÓN DE CARGOS RECURRENTE  
AHORRO PROTEGIDO BNMX : DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

**Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex**, Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, Cd. de Méx., recaba sus datos personales, financieros y sensibles para dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, así como para realizar campañas de prospección, comercialización y envío de publicidad. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en [www.segurosbanamex.com.mx](http://www.segurosbanamex.com.mx)

LUGAR Y FECHA

NO. DE PÓLIZA/CERTIFICADO

**INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA / CONTRATANTE**

**El Titular de la Cuenta de Cargo de Primas declara que actúa por cuenta propia y no por cuenta de un Tercero.**

NOMBRE DEL CLIENTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S))		NÚMERO DE CLIENTE
TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

**CUENTA DE CARGO PRINCIPAL**

NO. TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO: \_\_\_\_\_ VENCE \_\_\_\_\_

NO. CHEQUES / MAESTRA / PERFILES: \_\_\_\_\_ SUCURSAL \_\_\_\_\_

**CUENTA DE CARGO ALTERNA**

NO. TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO: \_\_\_\_\_ VENCE \_\_\_\_\_

NO. CHEQUES / MAESTRA / PERFILES: \_\_\_\_\_ SUCURSAL \_\_\_\_\_

En caso de que mi número de tarjeta o cuenta cambie por cualquier motivo, me obligo a dar aviso de manera inmediata a Seguros Banamex.

**INFORMACIÓN DEL PRODUCTO**

<b>PRODUCTO</b> AHORRO PROTEGIDO BNMX	<b>*PLAZO DEL PLAN</b> Puede ser de 5 a 18 años _____ años	<b>META DE AHORRO</b> \$ _____	<b>MONEDA</b> Dólares
<b>FORMA DE PAGO</b> <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL			

**BENEFICIARIOS\***

**El Asegurado y/o Contratante** con la facultad que le otorga la ley de la materia, designa como beneficiarios de la suma asegurada a las personas que a continuación se detallan, en los porcentajes que se indican:

NOMBRE / APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO	PARENTESCO	PORCENTAJE %

**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 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.

\*Los datos completos del Asegurado, Contratante y Beneficiarios se encuentran resguardados en nuestros sistemas.

**AUTORIZACIÓN DE CARGOS RECURRENTE**

Solicito y con la firma de la presente, autorizo a Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex que con base en la información que se incluye en el presente documento solicite a Banco Nacional de México, S.A., integrante del Grupo Financiero Banamex o a Tarjetas Banamex, S.A. de C.V., SOFOM, E.R. realicen cargos periódicos, por el importe de la prima mensual arriba señalada, en mi cuenta de depósito o tarjeta, según corresponda, abierta en cualquiera de las citadas instituciones, cuenta / tarjeta que será considerada como cuenta principal de cargo de primas o aquellas que la sustituyan en caso de robo y extravío, o en su caso, la cuenta alterna que hubiere designado por escrito o vía telefónica. La presente autorización la otorgo por plazo indeterminado, manifestando que estoy enterado que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la misma sin costo a mi cargo. Los depósitos que, en su caso, se tengan que efectuar derivados de devolución de primas del seguro que contraté, serán realizados a la cuenta de cargo de primas principal antes citada. Asimismo manifiesto que mis datos de identificación fueron proporcionados al momento de aperturar la(s) cuenta(s) antes citada(s). Las citadas instituciones tendrán absoluta libertad de cancelar este servicio si en la cuenta / tarjeta no existieren fondos suficientes para cubrir uno o más de los pagos que requiera Seguros Banamex por causa imputable al Asegurado / Titular de la cuenta o si la cuenta / tarjeta estuviere bloqueada o suspendida por cualquier motivo. Se entenderán como causas imputables al Asegurado / Titular de la cuenta: la cancelación de su tarjeta o cuenta bancaria; falta de aviso a Seguros Banamex de cualquier cambio que sufra el número de su tarjeta/cuenta o cualquier situación similar.

NOMBRE Y FIRMA DE TITULAR DE CUENTA / CONTRATANTE Seguro Voluntario con Costo	NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO Seguro Voluntario con Costo
Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales, aún los sensibles y financieros, de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos. Autorizo a Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex, para que a través de medios electrónicos (teléfono, internet y correo electrónico), podamos realizar operaciones electrónicas, como pueden ser la contratación, cancelación y/o servicios, relacionados con mi(s) póliza(s), aceptando que se puso a mi disposición los términos y condiciones de uso de dichos medios electrónicos.	Reitero que no fui sujeto a una venta condicionada y lo estoy contratando en pleno ejercicio de mi voluntad. Recibí condiciones generales de la póliza y me encuentro dentro de los límites de edad del producto.
NOMBRE Y FIRMA DEL EJECUTIVO	NO. DE NÓMINA DEL EJECUTIVO
	NO. DE SUCURSAL

Seguro Voluntario con costo