

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex con domicilio en Moras 850, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03240, CDMX., le avisa que sus datos personales y aún los sensibles, incluyendo los de los beneficiarios que se obtengan en virtud de la operación que usted solicite o celebre, se tratarán para los fines necesarios: para evaluar su solicitud de seguro, tramitar sus reclamaciones, cobrar, operar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, análisis estadísticos y participación en encuestas sobre el servicio proporcionado; así como para selección de riesgos y prevención de fraudes; y no necesarios: prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos relacionados con el Grupo Financiero Banamex. En caso de negarse al uso de sus datos para las finalidades no necesarias, o bien, para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, revocar su consentimiento o desee limitar el uso o divulgación de sus datos, contáctenos en protecciondedatos@banamex.com indicando su nombre completo y un número telefónico para brindarle la información necesaria. Sólo se realizan transferencias a entidades de gobierno por cumplimiento a disposiciones oficiales, al Grupo Financiero Banamex para la comercialización de sus productos y en su caso, a terceros nacionales o extranjeros para el mantenimiento o cumplimiento de la relación jurídica, y a integrantes del sector asegurador para selección de riesgos y prevención de fraudes. Cualquier cambio al aviso de privacidad, consúltelo en www.segurosbanamex.com.mx en la sección Aviso de Privacidad. Al firmar el presente, otorgo mi consentimiento a Seguros Banamex, S.A. de C.V. para el uso de la información que proporcionaré con motivo de la presente operación en los términos del Aviso de Privacidad Integral que se me puso a disposición previo al tratamiento de mis datos.

NÚMERO DE PÓLIZA	NO. DE CERTIFICADO
VIGENCIA PÓLIZA	VIGENCIA CERTIFICADO

☐ ALTA ☐ BAJA (LLENAR) ☐ MODIFICACIÓN ☐ CAMBIO DE BENEFICIARIOS

SECCIÓN 1: DATOS GENERALES DEL TITULAR

NOMBRE CONTRATANTE:		
NOMBRE SOLICITANTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)):		
CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:
RFC:	NACIONALIDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	DOMICILIO DEL SOLICITANTE (CALLE, NO. EXT., NO. INT.):	
COLONIA:	MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACIÓN:	ENTIDAD FEDERATIVA:
CÓDIGO POSTAL:	PROFESIÓN U OCUPACIÓN:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:		RELACIÓN CON EL CONTRATANTE:

SECCIÓN 2: SUMA ASEGURADA

SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA

SECCIÓN 3: BENEFICIARIOS

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.

NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido Paterno, Materno Nombre): _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Porcentaje %: _____

DOMICILIO DE BENEFICIARIO: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado:

Calle y Número Exterior e Interior: _____ C.P.: _____

Colonia o Fraccionamiento: _____ Población o Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tel: _____

NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido Paterno, Materno Nombre): _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Porcentaje %: _____

DOMICILIO DE BENEFICIARIO: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado:

Calle y Número Exterior e Interior: _____ C.P.: _____

Colonia o Fraccionamiento: _____ Población o Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tel: _____

NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido Paterno, Materno Nombre): _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Porcentaje %: _____

DOMICILIO DE BENEFICIARIO: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado:

Calle y Número Exterior e Interior: _____ C.P.: _____

Colonia o Fraccionamiento: _____ Población o Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tel: _____

NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido Paterno, Materno Nombre): _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Porcentaje %: _____

DOMICILIO DE BENEFICIARIO: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado:

Calle y Número Exterior e Interior: _____ C.P.: _____

Colonia o Fraccionamiento: _____ Población o Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tel: _____

NOMBRE DE BENEFICIARIO (Apellido Paterno, Materno Nombre): _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Parentesco: _____ Porcentaje %: _____

DOMICILIO DE BENEFICIARIO: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado:

Calle y Número Exterior e Interior: _____ C.P.: _____

Colonia o Fraccionamiento: _____ Población o Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tel: _____

CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA	EDADES DE ACEPTACIÓN

OBSERVACIONES

a) El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, y a estos se le pagará la suma asegurada de acuerdo a la última designación realizada, a falta de dicha designación se pagará en primer término a su cónyuge o concubino (a), de no existir se pagará a su padre o madre, cualquiera de los dos que se presente primero ante la Compañía, de no existir cualquiera de los mencionados el importe del seguro se pagará a la Sucesión Legal del Asegurado.

SECCIÓN 4: MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE. LEER ANTES DE FIRMAR.

Autorización del Solicitante

En caso de proceder y disponer de los procesos necesarios, solicito y autorizo al contratante se sirva pagar por mi cuenta a Seguros Banamex, S.A. de C.V., por concepto del monto de la prima de esta solicitud de cada año de renovación. Cuando por cualquier motivo no pueda realizarse el cargo de la prima por causas imputables al asegurado, se considerará improcedente esta solicitud o la renovación anual automática del certificado derivada de esta solicitud. SI: _____ NO: _____

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Banamex, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.

LUGAR Y FECHA:	FIRMA SOLICITANTE (TITULAR)	Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.
----------------	--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 08 de enero de 2020, con el número CNSF-S0050-0493-2019/CONDUSEF-005344-03.