VIDA GRUPO MI HERENCIA
CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

CAMPOS OBLIGATORIOS

METROPOLITANA
Compañía de Seguros, S.A.

CONTRATANTE

Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A. C.

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO (EXTERIOR E INTERIOR)	Montecito #38 piso 29 oficina 21		
COLONIA	Nápoles	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	Benito Juárez
ESTADO	D. F.	ZONA	Centro

DATOS DEL TITULAR

CALLE Y NÚMERO (EXTERIOR E INTERIOR)	**Amatlan #Int.153 #Ext.153**			COLONIA	**Condesa**
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	**Cuauhtémoc**	ESTADO	**D. F.**	C.P.	**06140**
ESTADO CIVIL	**Casado**	NACIONALIDAD	**Mexican**	TELEFONO (S)	**55534968**
FECHA DE ALTA A LA COMPAÑÍA	DIA / MES / AÑO	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE	**Colegiado**	SUELDO MENSUAL	**Aprox.**
PRESTACIÓN	SI ☐ NO **x**	PARTICIPACIÓN AL PAGO DE PRIMA	SI **x** % ____	NO ☐	

DATOS DE LOS SOLICITANTES

NO.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	OCUPACIÓN
0	**Mascarua**	**Urrutia**	**Alfonso**	TITULAR	**23/12/50**	**58**	**M**	**1.78**	**78**	**Ginecólogo**
1				CONYUGE						
2				HIJOS						
3				HIJOS						
4				HIJOS						
5				HIJOS						
6				HIJOS						
7				HIJOS						

COBERTURA BÁSICA Y ADICIONALES

PLAN	OPCIÓN	NO. DE MODULOS SOLICITADOS	BENEFICIOS ADICIONALES PARA EL TITULAR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDÉZ	
INDIVIDUAL	☐		SI **x**	NO ☐
PAREJA	☐		SI ☐	NO ☐
TUTOR	☐		SI ☐	NO ☐
FAMILIAR	☐		SI ☐	NO ☐
ASISTENCIA FUNERARIA:			SI ☐	NO ☐

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S) DEL TITULAR

DESIGNACIÓN IRREVOCABLE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	EDAD	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN
SI ☐ NO **x**	**Martínez**	**Vallejo**	**Rosa Ma.**		**Mamá**	**30%**
SI ☐ NO ☐					**Papá**	**30%**
SI ☐ NO ☐					**Hijo**	**20%**
SI ☐ NO ☐					**Cónyuge**	**20%**
SI ☐ NO ☐						
SI ☐ NO ☐						
SI ☐ NO ☐						

"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 REPRESENTACION, COBRE LA INDEMNIZACION.
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 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 SOLO TENDRÍA UNA OBLIGACIÓN MORAL, PUES LA DESIGNACION QUE SE HACE DE BENEFICIARIOS EN UN CONTRATO DE SEGURO LE CONCEDE EL DERECHO INCONDICIONADO DE DISPONER DE LA SUMA ASEGURADA."

VID 88

México D. F. a 7 de Septiembre de 2012

LUGAR Y FECHA | NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL AGENTE | FIRMA DEL SOLICITANTE

METROPOLITANA Compañía de Seguros, S.A.
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 261 Col. Los Morales C.P. 11510 México, D.F.
Tel.: 01800 122-8638
www.metropolitana.com.mx

*¿ PADECE(N) USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

TITULAR	CÓNYUGE	HIJOS
SI ☐ NO x	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

ANOTE PESO Y ESTATURA

TITULAR PESO:	78	ESTATURA	1.78	3. Peso:		ESTATURA	
CÓNYUGE PESO:		ESTATURA		4. Peso:		ESTATURA	
HIJOS 1 PESO:.		ESTATURA		5. Peso:		ESTATURA	
2 PESO:.		ESTATURA		6. Peso:		ESTATURA	

*¿PADECEN O HAN PADECIDO ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? DIABETES, LEUCEMIA (AGUDA O CRÓNICA), SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INSUFICIENCIA RENAL, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ANGINA DE PECHO, INFARTO AL MIOCARDIO, CIRUGÍA DE REVASCULARIZACION CORONARIA), HIPERTENSIÓN ARTERIAL, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, HEPATITIS CRÓNICA, CIRROSIS HEPÁTICA, ENFERMEDADES DE CEREBRO O CÁNCER DE CUALQUIER TIPO.

TITULAR	CÓNYUGE	HIJOS
SI ☐ NO x	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

¿ACTUALMENTE USTED O SUS DEPENDIENTES TOMAN ALGÚN MEDICAMENTO?

TITULAR	CÓNYUGE	HIJOS
SI ☐ NO x	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

*¿PRACTICA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O PROFESIONES?

- CUALQUIER TIPO DE PROFESIÓN RELACIONADA CON SEGURIDAD O VIGILANCIA (PUBLICA O PRIVADA)
- EMPLEADOS QUE REQUIERAN DEL USO DE MOTOCICLETA PARA EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.
- PRÁCTICAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO: ESQUI, DEPORTES AÉREOS, BUCEO, CHARRERÍA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACION, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO (TERRESTRE O ACUÁTICO), FUTBOL AMERICANO, CICLISMO, PRUEBA DE VELOCIDAD O COMPETENCIA.

TITULAR	CÓNYUGE	HIJOS
SI ☐ NO x	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

¿FUMA?	No	FRECUENCIA		CANTIDAD		TIPO	
¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	No	FRECUENCIA		CANTIDAD		TIPO	
¿ HACE USO DE DROGAS O ESTIMULANTES ?	No	FRECUENCIA		CANTIDAD		TIPO	

¿TIENE ACTUALMENTE CONTRATADA OTRA PÓLIZA DE VIDA EN ESTA U OTRA ASEGURADORA CON UNA SUMA ASEGURADA MAYOR A $300,000.00? SI ☐ NO x

ASEGURADORA		SUMA ASEGURADA APROXIMADA:	$

*EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, POR EL TITULAR, A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES SERÁ CAUSA DE RECHAZO

LUGAR Y FECHA **México, D. F. a 7 de Septiembre de 2012**

SOLO CON FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL AGENTE	FIRMA DEL CONTRATANTE	FIRMA DEL SOLICITANTE A ASEGURAR

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 EL REGISTRO NÚMERO CNSF-S0004-0294-2010 DE FECHA 12 DE MARZO DE 2010.