# CONSENTIMIENTO DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

# DATOS DEL CONTRATANTE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Cliente: GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**  **Número de Póliza: 11101 / 115301**  **Vigencia 01/FEB/2022 00:00:00 hrs al 31/DIC/2022 23:59:59 hrs.** | **Número Certificado y/o Expediente: 104159**  **Categoría: G0501** |
| Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que el contratante arriba mencionado ha suscrito con Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más | |
| **DATOS DEL ASEGURADO** | |

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):

GALÁN PÉREZ IRMA

**DESIGNACIÓN DE 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 indemnización. Lo anterior por que 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 nombrara 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

Los beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de éste, se le(s) será otorgada la suma asegurada destinada a la cobertura de gastos funerarios. En caso de fallecimiento de alguno de los dependientes, la suma asegurada será otorgada directamente al titular.

Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los asegurados, la suma asegurada se otorgará de acuerdo con la sucesión testamentaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nombre completo del beneficiario(s)* | *Parentesco* | *Participación* |
| 1. ROJAS RIVERA MIGUEL ÁNGEL | ESPOSO | 65% |
| 1. PÉREZ MORALES ELVIRA | MADRE | 35% |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)**

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de los datos importantes que se pregunten para la apreciación del riesgo, facultará a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, para rescindir el Contrato celebrado aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro y de abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (Art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y a su vez a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de Seguro del sector que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, lo considere oportuno.

Acepto que la presente orden de movimiento forma parte de la documentación contractual de mi seguro y que las modificaciones solicitadas surtan efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Todas las condiciones del seguro, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración.

Las modificaciones se realizarán con un plazo no mayor a 30 días, excepto en aquellos en que se indique lo contrario.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más y expresamente declaro mi conformidad con ellas, así mismo declaro que el Agente de Seguros, me ha informado de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada.

***Firma del Solicitante Titular Firma del Contratante***

GALÁN PÉREZ IRMA