

Consentimiento individual para la inclusión en el Seguro de AP Colectivo  
experiencia global sin participación en las utilidades

Manifiesto mi consentimiento para ser incluido en la póliza de seguro de accidentes personales colectivo, contratada por:		Consentimiento No.	Póliza No.
Datos del titular			
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))		R.F.C.	Sexo
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Lugar de nacimiento	Estado civil	
		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	
Domicilio (calle y número)		Colonia	
Población	Estado	C.P.	Teléfono
Ocupación (detalle en qué consiste)			
Asegurado de Educación Pública			
Fecha de ingreso (día, mes, año)	Fecha de alta a la colectividad (día, mes, año)	Porcentaje o cantidad de contribución a la prima.	
(01/SEP/2025)	(31/AGO/2026)	Negocio comercial gobierno (Consolidado)	
Datos del seguro solicitado			
Cobertura		Suma asegurada	
<input type="checkbox"/> Muerte accidental		\$ 550,000.00 pesos MXN	
<input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas escala A		\$ 550,000.00 pesos MXN	
<input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas escala B		\$ 550,000.00 pesos MXN	
<input type="checkbox"/> Indemnización diaria por incapacidad		\$ 400.00 pesos MXN	
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos		\$ 225,000.00 pesos MXN	
Deducible: Sin deducible			
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios / Anticipo de Gastos Funerarios (Por cualquier causa)		\$ 75,000.00 pesos MXN / 35% de S.A.	
El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.			
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 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 los 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.			

Beneficiarios			
Nombre completo (apellido paterno, materno y nombre)	Irrevocable	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje %
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Declaraciones		
<p>Declaro que en mi ocupación no estoy expuesto(a) a sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego y explosivos, maquinaria pesada, ni de las relacionadas a la construcción y minería, ni practico los deportes y aficiones de buceo, tauromaquia, alpinismo, equitación, charrería, box, lucha, artes marciales, vuelos sin motor (paracaidismo, ala delta y planeador), o contiendas de velocidad en vehículos motorizados de cualquier tipo, ni amateur ni profesional. Declaro que a la fecha no he recibido orientación o tratamiento médico acerca de mis hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas estimulantes.</p>		
<p>Para todos los efectos que pudiera tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas las he hecho personalmente, son verídicas y completas. "Cualquier referencia en el presente documento a selección de riesgo o solicitud de requisitos médicos para asegurar a una persona, únicamente será aplicable para aquellas personas que den su consentimiento para ser asegurados después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar par te de la Colectividad".</p>		
<p>_____</p> <p>Lugar y fecha</p>	<p>_____</p> <p>Firma del contratante</p>	<p>_____</p> <p>Firma del asegurado</p>

Seguros SURA, S.A. de C.V. Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, 01090, Ciudad de México. Teléfono de atención: 55 5723 7999.

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 27 de Julio de 2015, con el número CNSF-S0010-0289-2015/ CONDUSEF-002693-03, RESP-S0010-0033-2017 con fecha 07 de Marzo de 2017, RESP-S0010-0006-2018 con fecha 24 de Julio de 2018.

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la póliza, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx), o bien, en el RECAS en la página <https://phpapps.condusef.gob.mx/recas/>

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) a cual se encuentra ubicada en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, en la Ciudad de México, al teléfono 55 5723 7912, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, al correo [unat.clientes@segurossura.com.mx](mailto:unat.clientes@segurossura.com.mx), o visite nuestra página [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx); o bien, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), en Av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México; [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx); correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), teléfonos: en la Ciudad de México 55 5340 0999, resto de la República Mexicana 800 999 8080.