

Consentimiento / Certificado Individual para ser Asegurado en el Seguro Colectivo de Vida Crédito



Otorgo mi consentimiento para ser asegurado dentro de la póliza de seguro de vida crédito que ha sido contratada con **ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.**

Póliza N°:

Consentimiento / Certificado

Contratante

Nombre del asegurado

Fecha de nacimiento

Ocupación

Contrato N°

R.F.C.

Monto inicial del crédito

Suma máxima asegurada

Plazo del adeudo

Tipo del crédito

Modalidad:

- A. Decreciente
 B. Constante

Coberturas:

- Fallecimiento
 Invalidez total y permanente

Beneficiario:

El beneficiario irrevocable de esta póliza será el contratante, hasta por el saldo insoluto del crédito concedido que se tenga en el momento del fallecimiento o invalidez total permanente.

En caso de existir algún remanente en la suma asegurada designo como beneficiario a:

BENEFICIARIOS (apellido paterno, materno, nombre)	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>

1- ¿Ha padecido durante los últimos 2 años alguna enfermedad ameritando hospitalización? Si No

2- ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la fecha? Si No

3- ¿Padece actualmente una enfermedad o tiene pendiente alguna operación? Si No

En caso de respuesta afirmativa, especifique el nombre del padecimiento o enfermedad, fecha de inicio, tratamiento, estado de salud actual nombres y teléfonos de los médicos que ha consultado.

Firma del contratante

Firma del asegurado

En testimonio de lo cual, el asegurado, el contratante y la institución firman la presente

Fecha en a de de

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.

Blvd. Manuel Ávila Camacho No 32, Piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. 5249 3100 www.alicomexico.com.mx

Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

Consentimiento / Certificado Individual para ser Asegurado en el Seguro Colectivo de Vida Crédito



(*) RECOMENDACIONES PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no 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 a un mayor de edad como representante de mayores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendrá una obligación moral, pues la designación que hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

Si hay varios beneficiarios y usted desea que reciban proporcionalmente la suma asegurada, deberá hacer su designación de la forma que quede claro quienes y cuanto van a recibir. Ejemplo:

Ignacio Rodríguez Vázquez, padre, 50%, y María Vázquez de Rodríguez, madre, 50%.

Si por el contrario usted desea que exista un primer beneficiario y sólo a falta de éste la suma asegurada se entregue a otro, su designación será de la siguiente manera:

Ignacio Rodríguez Vázquez, padre, 100% y en caso de muerte a María Vázquez de Rodríguez, madre, 100%.

Es necesario anotar los nombres y parentescos de los beneficiarios (para efectos de identificación) en forma clara.

Se previene al solicitante que conforme a la ley sobre el contrato de seguros debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia que la no declaración o inexacta o falsa declaración podría originar la pérdida del derecho del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Estoy dispuesto si fuera necesario a pasar un examen médico por cuenta de **ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.**, si ésta lo estima conveniente, además, autorizo a las instituciones médicas y médicos para que participen a **ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.** en cualquier momento todos mis antecedentes patológicos.