

CERTIFICADO DE SEGUROS					SELECCIÓN
TITULAR + PAREJA + HIJOS \$15,000 pesos en caso de fallecimiento por cualquier causa ¹	TITULAR \$15,000 pesos adicionales en caso de fallecimiento accidental ²	TITULAR \$25,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	PAREJA \$15,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	TITULAR \$200 pesos por cada día hospitalizado del titular en caso de enfermedad o accidente ⁴	<input checked="" type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE SERVICIO GASTOS FUNERARIOS					SELECCIÓN
TITULAR + PAREJA + HIJO (S) Ataúd estándar + Traslado del cuerpo + Arreglo floral + Asesoría telefónica en trámites legales + Sala de Velación⁵					<input checked="" type="checkbox"/>

¹No se cubre suicidio o tentativa de suicidio. Edad de aceptación titular: 16 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. ²Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. ³Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino) y cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias ni cáncer in situ. Edad de aceptación 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. ⁴Edades de aceptación de 16 a 81 años cumplidos, no se cubren preexistencias, no aplica maternidad. Se considera hospitalización más de 24 horas y se pagan máximo 30 días naturales. No cubre atenciones ambulatorias. ⁵Llamando al 01 800 890 2213 para realizar la gestión de la asistencia funeraria al momento del fallecimiento del titular, pareja o hijo(s). Aplican mismos términos, condiciones y restricciones que la póliza de seguros de vida deudores

CONSENTIMIENTO DEL SEGURO

Otorgo mi consentimiento para formar parte del seguro colectivo de vida grupo y vida deudores, contratado a través de CEGE CAPITAL SAPI de CV SOFOM ENR (Financiera Contigo) en mi nombre y para tal efecto proporciono la siguiente información:

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR:	Alicia Garcia Carrizal	FECHA NACIMIENTO:	11/01/67
NOMBRE COMPLETO DE LA PAREJA:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 3:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 4:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 5:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 6:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 7:		FECHA NACIMIENTO:	

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	%
Jorge Eduardo Garcia Carrizal	Hijo	13/10/90	100
			100%

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios designados 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 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

Firma del Cliente:

Fecha:

13/09/2019

Certifico que los datos que aparecen en la presente concuerdan con los que obran en nuestro poder.

CERTIFICADO DE SEGURO A:

ALICIA GARCIA CARRIZAL

QUIEN CUENTA CON LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA		
	TITULAR	PAREJA	HIJO(S)
SEGURO DE VIDA	\$15,000.00 ¹	\$15,000.00 ¹	\$15,000.00 ¹
SEGURO MUERTE ACCIDENTAL	\$15,000.00 ²		
SEGURO POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER*	\$25,000.00 ³	\$15,000.00 ³	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	\$200.00 pesos por cada día hospitalizado ⁵		
SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO	Amparado	Amparado	
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	Amparado	Amparado	Amparado
ASISTENCIA FUNERARIA COMPLETA	Ataúd estándar + Traslado del cuerpo + Carroza fúnebre + Sala de Velación + Arreglo del cuerpo + Embalsamamiento + Asesoría telefónica para trámites legales + Cremación/Urna ⁴		

¹ No se cubre suicidio o tentativa de suicidio. Edad de aceptación titular: 16 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. ² Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. ³ Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino) y cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias ni cáncer in situ. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja: 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. ⁴ Llamando al 01 800 890 2213 para realizar la gestión de la asistencia funeraria al momento del fallecimiento del titular, pareja o hijo(s). Aplican mismos términos, condiciones y restricciones que la póliza de seguros de vida deudores. ⁵ Periodo de espera de 24 horas. Con un máximo de 30 días naturales. Edad de aceptación titular: 16 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos.

DOCUMENTOS SEGURO DE VIDA	DOCUMENTOS SEGURO DE CÁNCER	DOCUMENTOS RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Original del Acta de Defunción ✓ Original del Acta de Nacimiento del Titular y Beneficiario ✓ Original de Consentimiento de Seguro ✓ Copia de Identificación oficial del Titular y Beneficiario ✓ Copia de Contrato de crédito ✓ Copia de Comprobante de domicilio ✓ Copia de Acta de Averiguación Previa *En caso de fallecimiento accidental ✓ Acta de Matrimonio o Constancia de Unión Libre *En caso de fallecimiento de pareja ✓ Copia de Constancia de Dependencia Económica *En caso de fallecimiento de hijo mayor a 18 años 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular ✓ Original de Consentimiento de Seguro ✓ Copia de Informe médico ✓ Copia de Estudio Histopatológico ✓ Copia de Identificación Oficial del Titular ✓ Copia de Contrato de Crédito 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular ✓ Original de Consentimiento de Seguro ✓ Copia de Informe médico ✓ Copia de Resumen Clínico que indique fecha de ingreso y egreso al hospital ✓ Copia de Identificación Oficial del Titular ✓ Copia de Contrato de Crédito



ATENCIÓN 24 HORAS
Línea Médica CONTIGO

01 800 890 2213