

**CONSENTIMIENTO DE SEGURO DE VIDA GRUPO  
EXPERIENCIA PROPIA  
[Nombre Asociado al Grupo]**



DATOS GENERALES					
Nombre del Contratante			Póliza No.		Certificado No.
			<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>		
Nombre del Asegurado			<b>Desde</b>		<b>Hasta</b>
Sexo		Estado Civil		Día / Mes / Año	Día / Mes / Año
Puesto u Ocupación					
Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)			Fecha de Ingreso al Servicio del Contratante (Día / Mes / Año)		

DATOS DEL (DE LOS) ASEGURADO(S)				
Nombre y Apellidos Completos	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Sexo	Fecha de Alta Día / Mes / Año	Parentesco

**Regla para determinar la Suma Asegurada**

**Porcentaje o cantidad de contribución al pago de prima**

**Beneficios**

Otros beneficios:

Número de mensualidades a cubrir en la cobertura de (DSI) o (DSM) según Endoso anexo: \_\_\_\_\_ meses.

Nombre Completo de los Beneficiarios	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Participación

**Advertencia:** En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos 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 solo tendrá 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.

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte S.A. de C.V., por el contratante otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que se indica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada: En documentos impresos \_\_\_\_\_ Por medios electrónicos \_\_\_\_\_ En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico \_\_\_\_\_.

**Aviso de Privacidad: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE**, con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx). Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demás subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del contrato de seguro celebrado, así como para prospección comercial.

Se le invita a consultar las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com), o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133.

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com)

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 05 de enero de 2011 con el número CNSF-S0001-0437-2010/CONDUSEF-000598-01 y a partir del día 30 de junio de 2014, con el número CGEN-S0001- 0105-2014 y a partir del día 24 de septiembre de 2015, con el número RESP-S0001-0605-2015 y a partir del día 28 de septiembre de 2015, con el número MODI-S0001-0033-2015 y a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-S0001-0232-2015 y a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0001-0200-2016.

**SEGURO DE GRUPO VIDA DERIVADO DEL FIDEICOMISO 752-3 STIRT**

**DATOS DE LA EMPRESA**

SIGLAS: _____	PROTECCIÓN AMPARADA POR LA PÓLIZA \$200,000.00 POR FALLECIMIENTO Y \$200,000.00 ADICIONALES EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL
RAZÓN SOCIAL: _____	
DOMICILIO: _____	
CIUDAD: _____	
SECCIÓN SINDICAL: _____	

**ANTES DE LLENAR ESTE DOCUMENTO FAVOR DE LEER EL REVERSO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE(S):			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
FECHA DE NACIMIENTO			DOMICILIO			TELÉFONO		
DÍA:	MES:	AÑO:						
OCUPACIÓN:				NO. IMSS:		CURP:		

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

ES MI VOLUNTAD DESIGNAR COMO BENEFICIARIO PREFERENTE DE FIDEICOMISO 752-3 ESTABLECIDO EN BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A. DE C.V. QUIEN A SU VEZ PAGARÁ A:

NOMBRE(S):	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	*PARENTESCO	PORCENTAJE

\*Para efectos de identificación

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza del seguro de vida grupo contratado con Seguros Banorte, S.A. de C.V., por el Sindicato de Trabajadores de la Industria de la Radiodifusión Televisión similares y conexos de la República Mexicana. Declaro expresamente que acepto las disposiciones contenidas en la póliza y en el presente consentimiento.

Adicionalmente manifiesto que conozco y acepto las condiciones del manual de operación del fideicomiso 752-3 del STIRT respecto del seguro de vida que de el se deriva.

Asimismo manifiesto que soy un fideicomitido en el fideicomiso 752-3 del STIRT por lo que estoy de acuerdo en que éste me asegure por una sola ocasión en la presente póliza independientemente de que aporte al mismo por una o varias empresas.

**AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE**, con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este proposito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6 en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx). Autorizo que mis datos personales, sensibles, información financiera y/o patrimonial sea transferida a la entidad financiera pertenecientes a Grupo Financiero Banorte y sus demás subsidiarias, así como a otras entidades fuera del mismo, con las finalidades del cumplimiento del contrato de seguro celebrado, así como para prospección comercial.

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, solicito que la documentación contractual me sea entregada: En documentos impresos \_\_\_\_\_ Por medios electrónicos \_\_\_\_\_  
 En caso de solicitarlo por medios electrónicos, en mi carácter de Asegurado de este seguro, otorgo mi consentimiento a fin de que la Compañía me entregue en formato PDF la documentación contractual a través del correo electrónico \_\_\_\_\_.

LUGAR	FECHA		
	Día	Mes	Año
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO	HUELLA DIGITAL DEL ASEGURADO		
Firmar en original en cada hoja			

SEGUROS BANORTE S.A. DE C.V

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE SINDICAL

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 **05 de enero de 2011** con el número **CNSF-S0001-0437-2010/CONDUSEF-000598-01** y a partir del día **01 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0232-2015** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **30 de junio de 2014**, con el número **CGEN-S0001-0105-2014** y a partir del día **24 de septiembre de 2015**, con el número **RESP-S0001-0605-2015** y a partir del día **28 de septiembre de 2015**, con el número **MODI-S0001-0033-2015**.

AQUI VA EL MARGINAL

## Riesgos Cubiertos

### Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado, la Compañía pagará la suma asegurada contratada a los Beneficiarios designados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

### Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

## REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS

### EN CASO DE FALLECIMIENTO

- a) Solicitud de pago de siniestro.
- b) Consentimiento de seguro, debidamente firmado.
- c) Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- d) Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Copia certificada del acta de matrimonio, si el Beneficiario es el Cónyuge.
- f) Copia simple de identificación oficial del Asegurado.
- g) Original o copia certificada del acta de nacimiento de los Beneficiarios.

### EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

- a) Toda la documentación indicada para fallecimiento.
- b) Copia certificada legible y completa del acta de averiguación previa, levantada por el Agente del Ministerio Público con motivo del fallecimiento del Asegurado incluyendo las actuaciones realizadas por los peritos en cualquier materia (policía, bomberos, federal de caminos, judicial del lugar, protocolo de necropsia, etc.) que hayan intervenido en el hecho, o que se requiera para la correcta evaluación del siniestro.

## OBSERVACIONES

- 1) Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, antes o al mismo tiempo de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada que se le(s) haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.
- 2) Si habiendo varios Beneficiarios fallece(n) alguno(s) de ellos, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada correspondiente a dicho(s) Beneficiario(s) se le pagará a su sucesión.
- 3) Si sólo se hubiera designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.
- 4) En caso de que el Asegurado no hubiese hecho la designación de beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión de este.
- 5) La solicitud de pago de preferencia se deberá presentar ante el STIRT, para que este a su vez la haga llegar a Seguros Banorte, S.A. de C.V. acompañada de la documentación requerida.
- 6) La Compañía se reserva el derecho de exigir información adicional, si lo considera conveniente.

Se le invita a consultar las limitaciones, exclusiones y restricciones del producto en las Condiciones Generales del mismo, las cuales están a su disposición en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com), o también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133.

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 195, Piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com). o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

La documentación contractual le será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, se le invita a que las mismas puedan ser consultadas o descargadas en cualquier momento en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com), también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 01 800 837 1133, mediante ellas podrá conocer entre otros aspectos las consecuencias de la rehabilitación y cancelación, la vigencia del producto, así como las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

**Teléfono de Atención: 01 800 837 1133 de Lunes a Viernes de 8 am a 8 pm**

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

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 **05 de enero de 2011** con el número **CNSF-S0001-0437-2010/CONDUSEF-000598-01** y a partir del día **01 de abril de 2015**, con el número **RESP-S0001-0232-2015** y a partir del día **20 de junio de 2016**, con el número **RESP-S0001-0200-2016** y a partir del día **30 de junio de 2014**, con el número **CGEN-S0001-0105-2014** y a partir del día **24 de septiembre de 2015**, con el número **RESP-S0001-0605-2015** y a partir del día **28 de septiembre de 2015**, con el número **MODI-S0001-0033-2015**.

AQUI VA EL MARGINAL