

FOLIO

**1. DATOS DEL CONTRATANTE (FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE)**

DENOMINACION O NOMBRE **SOCIEDAD MEXICANA DE OFTALMOLOGÍA, A.C.**

**2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

1.- APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES (S)		R.F.C.	OCCUPACION
FECHA DE NACIMIENTO	MASCULINO <input type="radio"/>	FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD		TELEFONO OFICINA		TELEFONO PARTICULAR	INICIO DE VIGENCIA
D / M / A	FEMENINO <input type="radio"/>	D / M / A	( )	( )	( )	D / M / A	
PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA		DESCRIBA SUS LABORES				FAX	

**3. DATOS DE FAMILIARES SOLICITANTES (SOLO SI SE CONTRATA EL BENEFICIO DE GASTOS DE SEPELIO PARA SU CONYUGE Y/O HIJOS)**

CONYUGE: APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	OCCUPACION	FECHA DE NACIMIENTO
				D / M / A
HIJO (S) MENORES DE 18 AÑOS: APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
2.-				D / M / A
3.-				D / M / A
4.-				D / M / A
5.-				D / M / A

**4. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS (FAVOR DE LLENAR SOLO SI SE CONTRATA LA COBERTURA DE ULTIMOS GASTOS DE SEPELIO Y/O MUERTE ACCIDENTAL)**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO (1)	% DE SUMA ASEGURADA

(1) PARA EFECTOS DE IDENTIFICACION

**ADVERTENCIAS:**  
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 REPRESENTACION COBRE LA INDEMNIZACION. 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 DEL SEGURO COMO EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA TALES DESIGNACIONES. LA DESIGNACION QUE SE HICIERA DE UN MAYOR DE EDAD COMO REPRESENTANTE DE MENORES BENEFICIARIOS, DURANTE LA MINORIA DE EDAD DE ELLOS, LEGALMENTE PUEDE IMPLICAR QUE SE NOMBRA BENEFICIARIO AL MAYOR DE EDAD, QUIEN EN TODO CASO SOLO TENDRIA UNA OBLIGACION MORAL PUES LA DESIGNACION QUE SE HACE DE BENEFICIARIOS EN UN CONTRATO DE SEGURO LE CONCEDE EL DERECHO INCONDICIONADO DE DISPONER LA SUMA ASEGURADA.

**5. CONSENTIMIENTO**

EXPRESAMENTE OTORGO MI CONSENTIMIENTO A ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A., PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, EXPEDIDA POR DICHA INSTITUCION A SOLICITUD DEL CONTRATANTE ESPECIFICADO EN ESTE CONSENTIMIENTO, PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONSENTIMIENTO HAGO CONSTAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO, LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

SI EL ASEGURADO NO PUEDE O NO SABE FIRMAR, DEBERA PONER SU HUELLA DIGITAL:

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