



Póliza No.	Certificado No.	Contratante
		S.N.T.E. HOMOLOGADOS

Datos del Asegurado

Centro de Trabajo	Nombre del Trabajador						RFC				
Categoría			Ocupación			Delegación			Región		
Fecha de Ingreso a la Póliza			Fecha de Nacimiento			Fecha Inicio de Vigencia			Fecha Termino de Vigencia		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

<b>Suma Asegurada</b>
Titular
Seguro de Vida <b>\$300,000.00</b>

Designación de Beneficiarios

Nombre	Parentesco	Porcentaje

**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 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 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 nombrara beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendrá 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.

Observaciones: **LA PROTECCIÓN INICIA A PARTIR DEL PRIMER DESCUENTO**

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro de vida grupo citada y autorizo que mi contribución sea descontada de mi sueldo

AXA Seguros, S.A. de C.V. Cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la Póliza citada.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello y Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**Apoderado**

**( GASTOS FUNERARIOS )**

Póliza No.	Certificado No.	Contratante
		<b>S.N.T.E. HOMOLOGADOS</b>

**Datos del Asegurado**

<b>Centro de trabajo</b>		<b>Nombre:</b>			<b>R.F.C. :</b>			
<b>Categoría</b> TODO EL PERSONAL			<b>Ocupación</b>					
<b>Fecha de Ingreso a la Póliza</b>			<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Fecha Inicio de Vigencia</b>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>ASEGURADOS: TITULAR, CÓNYUGE Y/O CONCUBINA(O) E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS.</b> <b>(NO ES NECESARIO ANOTAR NOMBRES NI EDADES DE LOS ASEGURADOS)</b> <b>Regla para determinar la Suma Asegurada por fallecimiento y endosos adicionales en su caso</b> SUMA ASEGURADA FIJA DE <b>\$ 60,000.00 M. N.</b>								

<b>Beneficiarios:</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
<p><b>ADVERTENCIA:</b> 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 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 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 tendría 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.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> La cobertura de esta póliza operará siempre y cuando el trabajador demuestre las retenciones correspondientes por el concepto del seguro en su recibo de nómina, que la póliza esté vigente y el asegurado continúe agremiado a la sección. La compañía generará la renovación automática anualmente, a menos que el asegurado solicite su cancelación formalmente.</p>				

<b>Observaciones: LA PROTECCIÓN INICIA A PARTIR DEL PRIMER DESCUENTO</b>  <b>ESTADO:</b>  <b>MINICIPIO:</b>  <b>AGENTE: 300203</b>
--

AXA Seguros, S.A. de C.V. Cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la Póliza citada.

México, CDMX a


**Apoderado**

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TRABAJADOR