

Póliza No.	Certificado No.	Contratante
		<b>S.N.T.E. SECCIÓN 3 BAJA CALIFORNIA</b>

**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 Termina de Vigencia		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

<b>Suma Asegurada</b> <b>Titular</b> <b>Seguro de Vida</b>	<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. SECCIÓN 3 BAJA CALIFORNIA</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>  <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>MUNICIPIO:</b>  <b>LOCALIDAD:</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

### CARTA DE ACEPTACIÓN Y DE INSTRUCCIÓN DE DESCUENTO VÍA NÓMINA

Mediante la presente hago de su conocimiento que he contratado con la empresa **AXA Seguros S.A. de C.V.**, por lo que, en mi calidad de empleado de la **Secretaría de Educación de Baja California**, otorgo mi consentimiento para que sean descontados de mi sueldo los importes correspondientes, en forma quincenal, por la contratación de una póliza de seguro, considerando que los gastos funerarios son con cobertura familiar; es decir, protege a su cónyuge o concubina e hijos solteros menores de 25 años de edad, además de hijos que padezcan una discapacidad total y permanente. Elija la opción que corresponda:

- a) \_\_\_\_\_ Seguro de INTEGRAL (Vida y Gastos Funerarios)
- b) \_\_\_\_\_ Seguro de Gastos Funerarios

En mérito de lo expuesto, les manifiesto expresamente que he celebrado contrato para la adquisición de póliza de seguro, por lo que expongo:

- I. Conozco en su totalidad los términos y condiciones del contrato que celebré con la empresa mencionada.
- II. Expresa e irrevocablemente autorizo a la Secretaría de Educación de Baja California, para que retenga y descuento de mi sueldo los importes de los pagos quincenales convenidos, durante la vigencia de póliza, por concepto de adquisición de póliza de seguro de vida.
- III. En caso de dejar de prestar mis servicios, por cualquier motivo de baja, me obligo a informar por escrito a la empresa referida dentro de los tres días hábiles siguientes a que tenga conocimiento de dicha circunstancia y firmar el formato de carta de cancelación de descuento, entregándolo a la Aseguradora y a la Secretaría de Educación para los efectos correspondientes.

Sin otro particular y en espera de verme favorecido con su ayuda, quedo a sus órdenes.

**Nombre del empleado** \_\_\_\_\_

**RFC** \_\_\_\_\_

**CURP** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico institucional** \_\_\_\_\_

El presente es aceptado por las partes que en él intervienen y lo firman el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma interesado**