

# Tips para el llenado del Consentimiento de Seguro de Vida



A continuación se mencionan los principales puntos a considerar al momento del llenado de formato consentimiento de Vida Grupo.

**La designación es voluntaria, la redacción debe ser clara, precisa y firmar como lo hacemos en identificaciones oficiales.**

**Es recomendable nombrar a más de un beneficiario o en su defecto nombrar beneficiarios “sustitutos”. Preferentemente no se debe nombrar a menores de edad.**

**Es importante especificar el parentesco de cada beneficiario, así como el porcentaje que se quiera otorgar a cada uno.**

**Por Ley, si el beneficiario es diferente a los padres, hijos o cónyuge/concubino (a), la aseguradora retendrá de la indemnización el 20% por concepto de ISR.**

**La designación se puede modificar las veces que sea necesario solicitando el formato correspondiente a Recursos Humanos.**



# Tips para el llenado del Consentimiento de Seguro de Vida



## Formato Seguros Atlas

Razón Social de la empresa →

Seguros Atlas  
La empresa a tu medida

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA SER ASEGURADO EN LA POLÍZA DE VIDA GRUPO

Contratante	No. de Poliza	Certificado
[Redacted]	Vigencia de las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs.	
Nombre del asegurado	Poliza	
BARRIENTOS FONSECA J. JUSTINO	Dia:	A
Fecha de Nacimiento	Fecha de Ingreso al servicio del contratante	Certificado
		Dia:
Coberturas contratadas		
Beneficiarios (especificar nombre, parentesco y porcentaje)		
En caso que deseen nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones, la designación que se hiciera de un mayor de edad como representa de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.		
Condiciones adicionales		
Regla para determinar la suma asegurada Porcentaje de contribución del asegurado a la prima: Suma Asegurada Otorgada:		
En virtud de la solicitud presentada a Seguros Atlas, s.a. por el contratante para un seguro de vida denominado como indica, manifiesto a ustedes mi consentimiento para ser asegurado en dicha póliza, para ese efecto proporciono los datos y hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verdaderas; de igual forma autorizo me sea descontada de mi sueldo la proporción de prima indicada en este consentimiento.		
Firma del contratante	Firma Autorizada	Firma del asegurado
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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de Febrero del 2015 con el número CNSF-S0023-0468-2013		

Firma de la empresa →

Datos de la póliza

Datos de los Beneficiarios

Firma del Empleado ←

ASEGURADO  
Seguros Atlas, S.A. | Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B  
Col. Bosques de las Lomas  
T. (55) 91 77 50 00 | Cláusulas importantes en página 2  
www.segurosatlas.com.mx | Página: 1/2  
Méjico D.F. C.P. 05120  
segatlas@segurosatlas.com.mx



# Tips para el llenado del Consentimiento de Seguro de Vida



## Ejemplo del Llenado de formato



### CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO

Contratante	No. de Póliza	Certificado
DANA DE MÉXICO CORPORACIÓN, S. DE R.L. DE C.V.	123456	12345678910
	Vigencia de las 12:00 hrs.	Hasta las 12:00 hrs.
Nombre del asegurado	Póliza	
JUAN MANUEL ALVAREZ RODRIGUEZ	De: 01/SEP/2015	A: 01/SEP/2016
Fecha de Nacimiento	Fecha de ingreso al servicio del contratante	Certificado
23/02/1968	01/01/2016	De: 01/ENE/2016 A:
Coberturas contratadas		
- MUERTE - EXENCION DE PAGO DE PRIMAS CON 3 MESES DE ESPERA - PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ CON 3 MESES DE ESPERA - INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS - GASTOS FUNERARIOS INDIVIDUALES		
Beneficiarios (especificar nombre, parentesco y porcentaje)		
MARIA LUISA SAENZ CASTRO EN CASO DE AUSENCIA	ESPOSA	100%
MANUEL ALVAREZ RAMIREZ ROSA RODRIGUEZ RAMOS EN CASO DE AUSENCIA	PADRE	50%
CARLOS ALVAREZ RODRIGUEZ	MADRE	50%
	HERMANO	100%

