

ASUNTO: **CEDULA DE CONSENTIMIENTO  
DE SEGURO DE VIDA**

FECHA: 10-Nov-2008  
CIRCULAR: **100 / 08**

**Red de Distribuidores Ford**

AT'N: Gerente de Autofinanciamiento Conauto

Por este conducto se les informa que la Cédula de Consentimiento y Certificado Individual de Póliza de Seguro Colectivo de Vida estará disponible en el Sistema de Impresión Remota (SIR), a partir de esta fecha, en el Módulo de Recepción de Contratos, de acuerdo a la siguiente mecánica de operación:

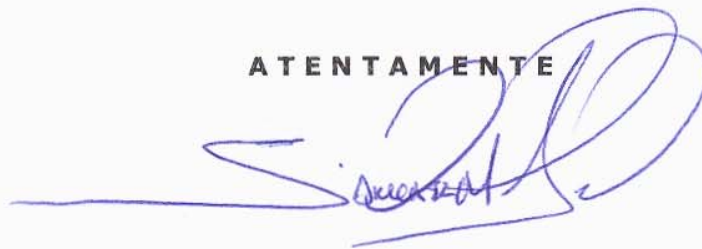
A la asignación de folios a los vendedores se imprimirá la carátula y una vez realizada la venta, se imprimirá junto con el contrato esta cédula, así como los anexos correspondientes; se imprimirá original y copia y los dos tantos deberán ser firmados por el cliente al igual que los contratos y anexos.

Adjunto encontrarán una cédula muestra sobre el llenado de este documento, no obstante, en caso de que surjan dudas al respecto, favor de dirigirse con el Sr. Enrique Rodríguez al correo electrónico [enriquera@conautoit.com.mx](mailto:enriquera@conautoit.com.mx)

Solicitamos de su apoyo para que se difunda esta información tanto al personal operativo como a su fuerza de ventas, a fin de evitar errores en el llenado y como consecuencia la devolución de sus contratos.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

ATENTAMENTE



**L.C. ANGEL SANCHEZ MANRIQUE**  
Gerente de Operaciones

**Cédula de Consentimiento y Certificado Individual de póliza de Seguro Colectivo de Vida**

No. de Póliza	Consentimiento No.
	<b>320101</b>

**I. Datos del Contratante**

Nombre de la colectividad / contratante  
**Conauto S.A. de C.V.**

Código cliente  
**700216**

R.F.C. **C O N 9 0 5 1 8 | P 5 1**

**Domicilio**

Calle  
**Av. Mariano Escobedo**

No. exterior  
**498**

No. interior  
**Piso 8**

Colonia  
**Anzures**

C.P.  
**11590**

Municipio o delegación  
**Miguel Hidalgo**

Ciudad o población  
**México**

Entidad federativa  
**D.F.**

clave lada  
**5 5**

Teléfono (1)  
**5 2 2 8 7 0 0 0**

clave lada

Teléfono (2)

**II. Datos del Asegurado**

Apellido paterno **(1)**

Apellido materno

Nombre(s)

Contrato No.  
**0930 1 (2)**

R.F.C. **(3)**

letras **C O N**

año **9 0**

mes **5**

día **1 8**

homoclave **P 5 1**

CURP **(4)**

Sexo **(5)**

F  M

Estado civil **(6)**

S  C  D  V  UL

Fecha de nacimiento **(7)**

día

mes

año

Estado de residencia **(8)**

Puesto del Asegurado u ocupación **(9)**

Inicio de vigencia de la Póliza **(10)**

día **3 1**

mes **1 2**

año **2 0**

**Domicilio para notificaciones**

Calle **(11)**

No. exterior

No. interior

Colonia

C.P.

Municipio o delegación

Ciudad o población

Entidad federativa

clave lada

Teléfono (1)

clave lada

Teléfono (2)

**III. Datos del crédito Automotriz**

Plazo del adeudo **(12)**

Suma Asegurada

El saldo insoluto que se tenga en el momento del siniestro amparado.

Colectividad **(13)**

Grupo No.

Integrante **(14)**

**IV. Beneficiarios**

Beneficiario irrevocable **Conauto S.A. de C.V.** hasta por el saldo insoluto existente al momento del siniestro amparado **(15)**

**V. Coberturas contratadas (aplican condiciones por cada cobertura)**

Fallecimiento  Sí  No **(16)**

¿Ha solicitado un seguro de vida en alguna compañía sin que éste haya sido aceptado tal como lo postuló? (restricción de suma asegurada, aplicación de extráprimas o limitación de algún beneficio)

Invalididez Total y Permanente  Sí  No

**Advertencia:** 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 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 nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguros le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

**VI. Declaración personal**

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes, leucemia, SIDA, insuficiencia renal, enfermedades del cerebro y/o mentales, hipertensión arterial, tumores malignos, enfermedades o cirugías cardiovasculares, problemas del hígado, cáncer, alcoholismo, drogadicción o algún padecimiento invalidante.

Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo dé el nombre y domicilio de los hospitales, clínicas o médicos que lo hayan asistido.

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Colectivo de Vida solicitado a GNP por la Colectividad a la que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verdadero y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud. Asimismo, manifiesto que conozco las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, incluyendo las exclusiones correspondientes a cada cobertura, las cuales me han sido proporcionadas en la fecha de firma de este Consentimiento.

La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. GNP cubre al Asegurado de acuerdo a los beneficios contratados en los términos y condiciones de la Póliza, siempre que el presente Certificado se encuentre en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

**(18)**

Lugar y fecha de contratación

**(19)** Contratante

**(20)** Asegurado

GNP



# **Instructivo de llenado del formato**

## Cédula de Consentimiento y Certificado Individual de póliza de Seguro Colectivo de Vida

<b>Ind</b>	<b>Campo</b>	<b>Instrucciones</b>
1	Datos del asegurado	Datos impresos
2	Contrato No.	
3	R.F.C.	
4	CURP	
5	Sexo	
6	Estado Civil	
7	Fecha de nacimiento	
8	Estado de residencia	
9	Puesto del asegurado u ocupación	
10	Inicio de vigencia de la póliza	
11	Domicilio y teléfono para notificaciones	
12	Plazo del adeudo	
13	Grupo	Dejar espacio en blanco
14	Integrante	
15	Beneficiarios	Dato preestablecido (no llenar) El beneficiario únicamente se indicará en la carátula del contrato
16	Coberturas contratadas	Debe ser llenado con puño y letra del cliente Debe ser llenado con puño y letra del cliente
17	Declaración personal	
18	Lugar y fecha de contratación	Dato impreso
19	Contratante	No firmar, para uso exclusivo de Conauto
20	Asegurado	Firma del cliente