

# CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA SER ASEGURADO EN EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA CRÉDITO



Ver 0.99

Tu Casa Express S.A. de C.V.  
Séneca No.137 Col. Los Morales Polanco  
C.P. 11510 Ciudad de México  
R.F.C. TCE950720SNO  
Tels. : 5281.7777 / 5280.5853  
Lada sin costo 01800.019.9999

Este consentimiento de seguro de vida ampara el(los) contrato(s):

Relación al Anexo Único

Entregando únicamente, para fines prácticos, un solo consentimiento. Cada número de contrato es autónomo en cuanto a pagos, operatividad, adjudicación, seguros, requisitos y trámites requeridos.

CONTRATANTE:  
FIDEICOMISARIOS DE LOS  
FIDEICOMISOS DEL SISTEMA DE TU CASA EXPRESS

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado dentro de la póliza de seguro de vida crédito que ha sido contratado por Fideicomisarios de los Fideicomisos Del Sistema de Tu Casa Express en el cual el beneficiario irrevocable es: "Fideicomisarios de los Fideicomisos del Sistema de Tu Casa Express"

## TITULAR DEL PLAN

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: Día [ ] Mes [ ] Año [ ] Ocupación \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

## CONYUGE

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: Día [ ] Mes [ ] Año [ ] Ocupación \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD, SEÑALE SI USTED O SU CONYUGE:

- ¿Ha padecido durante los últimos 2 años alguna enfermedad ameritando hospitalización?
- ¿Ha sufrido algún accidente / enfermedad cuyas consecuencias permanezcan a la fecha?
- ¿Padece actualmente una enfermedad o tiene pendiente alguna operación?
- ¿Está recibiendo algún tratamiento médico?

### TITULAR

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

### CONYUGE

Si  No

Si  No

Si  No

Si  No

## EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA:

Especifique: nombre del padecimiento / enfermedad, fecha de inicio, estado actual, nombres y teléfonos de los doctores que ha consultado

SE PREVIENE AL SOLICITANTE QUE DE ACUERDO A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, DEBE DECLARAR TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES, TAL COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCER EN EL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACION O LA INEXACTA O LAS FALSAS DECLARACIONES DE LOS HECHOS IMPORTANTES QUE SE LE PREGUNTEN PARA LA APRECIACION DEL RIESGO ORIGINA LA PERDIDA DE DERECHOS DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN SU CASO.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE Y LA INSTITUCION FIRMAN EL PRESENTE

15/04/2020

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL CONYUGE

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. cubre a todos los miembros del grupo asegurado y pagará al Contratante la suma asegurada que corresponda, conforme a lo establecido en esta póliza y sus Condiciones Generales, Particulares, Especificaciones y Endosos. El pago se hará al Contratante cuando ZURICH reciba pruebas de la realización del evento cubierto, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro y el Consumidor esté al corriente en sus pagos.

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de junio de 2016 con el número CNSF-S0037-0324-2016.

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Corporativo Antara 1, Piso 12. Ejército Nacional 843 - B Col, Granada, Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11520, Tel: 5339-4000 <https://zam.zurich.com.mx>

La compañía aseguradora que provea el servicio se encuentra sujeta a cambiar sin previo aviso

SNVTEXT10