

Certificado Individual de Seguro de Vida

Grupo **Certificado 0-06768-036**

Nombre del Asegurado

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO

Póliza No. 89490080
Contrato No 41442
Versión 0 Renovación 0
Fecha de expedición 18 03 2011

Vigencia del certificado
Desde las 12 hrs. del 01 03 2011
Hasta las 12 hrs. del 31 12 2011
Duración 365 días

Sexo MASCULINO
Estado Civil CASADO
Ocupación AGENTE ESTATAL DE INVESTIGACIONES

Referencia:
Código Cliente:
Fecha de Nacimiento: 12/04/1950

Vigencia de la póliza
Desde las 12:00 hrs. del 01 03 2011
Hasta las 12:00 hrs. del 31 12 2011
Duración 365 días

Contratante

GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
CARRETERA OAXACA ISTMO-KM. 11 S/S/N CIUDAD ADMINISTRATIVA EDIF. 1-68270 TLALIXTAC DE CABRERA OAXACA MEXICO
TELÉFONO: (52) 9515015000

Coberturas

Cobertura	Tipo	Suma Asegurada
FALLECIMIENTO	FALL VG Principal	\$ 150,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO
PAGO ANTICIP. POR INV. TOTAL Y PERM	CAI Principal	\$ 150,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO
DOBLE PAGO MUERTE ACCID. O PERDIDA DE MIEMBROS	IMA Principal	\$ 150,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO
INDEMNIZACIÓN POR SERVICIOS FUNERARIOS	ISEF Principal	\$ 45,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO
PAGO PARCIAL DE FALLECIMIENTO	CUG Principal	AMPARADO

Forma de Liquidación de la Suma Asegurada: Pago único

Beneficiarios

CONCUBINA 40%
HIJO 30%
HIJA 30%

Se aplicarán las Condiciones Generales vigentes que obran en poder del contratante.

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 el nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el hecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.
GNP cubre al asegurado de acuerdo a los beneficios contratados en los términos y condiciones en la póliza, siempre que el presente certificado se encuentre en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.
La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados 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, bajo el registro número CNSF-50043-0821-2009 de fecha 26 de noviembre de 2009.

[Firma]
Firma del Asegurado

[Firma]

Agente GERARDO DAVILA VALDES

Clave 70594001

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.





ACUERDO

037

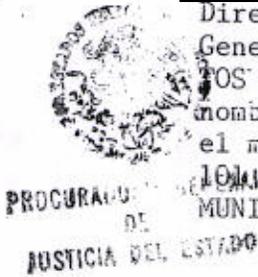
PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.

Oaxaca de Juárez, Oax., a 1º. de Julio

00036 de 19 86

[Redacted] esta fecha causa Baja por término de interinato el C. [Redacted] en el cargo de Agente de la Policía Judicial de la Dirección de la Policía Judicial del Estado dependiente de esta Procuraduría General, con el sueldo mensual de \$ 85,330.00 (OCHENTA Y CINCO MIL TRECIEN--TOS TREINTA PESOS, 00/100 M.N.) y a partir de esta misma fecha se le expedirá nombramiento de Base en el cargo antes mencionado de la misma Dirección y con el mismo sueldo que se le pagará con cargo a la Partida número 23105CE050111-10 y Clave E-17-01-332 del Presupuesto de Egresos Vigente en el Estado.- COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

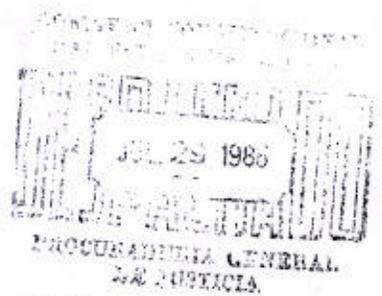


EL PROCURADOR GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.

[Redacted Signature]

Con copia:
 Secretario de Administración.
 Secretario de Finanzas.
 Director de Recursos Humanos.
 JLF"GCC" [Redacted] mar.

332



DERECHOS HUMANOS
AYUDA Y SERVICIOS A LA
CIUDAD.

UNIDAD DE BÚSQUEDA DE
PERSONAS DESAPARECIDAS

126



DERECHOS HUMANOS
AYUDA Y SERVICIOS A LA
CIUDAD.

UNIDAD DE BÚSQUEDA DE
PERSONAS DESAPARECIDAS

Póliza No.	Certificado No.	Contratante
IS05058500- 0	0005788	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

Datos del Asegurado

Nombre											
[REDACTED]											
JUDICIAL	POLICIA										
Fecha de Ingreso a la Póliza			Fecha de Nacimiento			Fecha Inicio de Vigencia			Fecha Término de Vigencia		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
31	3	2005	12	4	1950	31	3	2005	31	12	2005
Regla para determinar la Suma Asegurada por fallecimiento y endosos adicionales en su caso											
SUMA ASEGURADA FIJA											

Coberturas	Suma Asegurada
BASICAGC	\$100,000
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL	\$100,000
INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS	\$100,000
INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	\$100,000

Beneficiarios	
[REDACTED]	HIJO 50%
	HERMANO 25%
	MADRE 25%
<p>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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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>	

Seguros Comercial América S.A. de C.V. cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la Póliza citada
MEXICO,D.F. A 4 de MAYO de 2005

Firma y Sello del Contratante

Firma del Asegurado

Apoderado

Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con oficio No. 06-367-I-L/14453 del 27 de Abril de 1995.

Seguros Comercial América S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325, Piso 11
10400 México, D.F.
Tel: 51691000
México, D.F.

BÚSQUEDA DE
RECHOS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
DERECHOS HUMANOS
TO Y SERVICIOS A LA
IDAD.
JA DE BÚSQUEDA DE
APARECIDAS

Número póliza	Póliza Anterior	Certificado
300 1035300	039	5865

00038

Interacciones

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

1. Datos del Contratante Aseguradora

Denominación o Nombre: GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO

2. Datos del Asegurado Titular

Nombre	RFC	Ocupación
[Redacted]	MIMZ500412	Minist
Fecha de Nacimiento	Sexo	Fecha de Ingreso al Grupo
12/04/1950	Masculino	
Teléfono Oficina	Teléfono Particular	Inicio de Vigencia
		30/04/2004

3. Datos de los Familiares Asegurados (Sólo si se contrata el Beneficio de Gastos de Sepelio para Cónyuge y/o Hijos)

Cónyuge	Ocupación	Fecha de Nacimiento
Hijo (es) menores de 18 años:		Fecha de Nacimiento

Beneficios

Indemnización por Muerte	Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala "A"	Indemnización por Gastos de Sepelio Titular	\$ Suma Asegurada
100,000	100,000	30,000	

Beneficiario	Porcentaje
HIJO	50%
HERMANO	25%
MADRE	25%

Designación de Beneficiarios

Nombre, Parentesco* y Porcentaje

SEGÚN LO ESPECIFICADO POR EL ASEGURADO EN SU CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL. EN CASO DE NO HABERSE ESPECIFICADO BENEFICIARIOS, EL SEGURO SE PAGARÁ A LOS HEREDEROS LEGALES.

Para efectos de identificación

Advertencias: En el caso de que desee nombrar beneficiarios menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para el efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse los tutores, curadores y 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, quien en todo caso sólo tendría una 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.

Interacciones, S.A., pagará al beneficiario o beneficiarios designados o al asegurado, según se trate, el importe de la protección que corresponda al miembro del Grupo Asegurado, cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados anexo a esta póliza, previa entrega de las pruebas del derecho del beneficiario, siempre que el certificado se encuentra en vigor. El importe que pagará será el que resulte de acuerdo con la regla para determinar la suma asegurada.

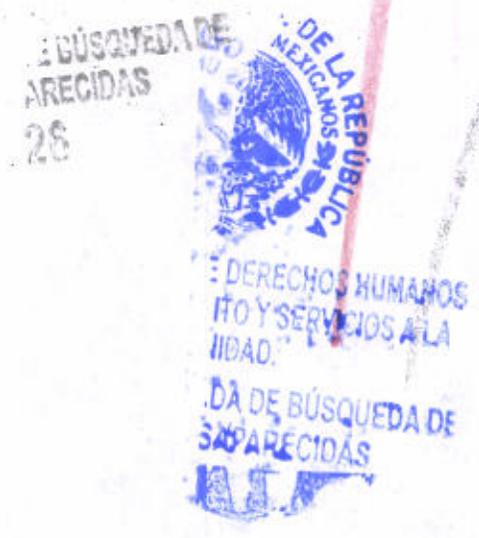
Este certificado acompaña Condiciones Generales del contrato que son de interés para el asegurado.

Quías

[Signature]

Firma Funcionario Autorizado

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con dispuesto en los artículos 36 A y 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficio No. 06-367-II-1.1/2 4 6 5 7 del 22 de Septiembre de 1998.



**CERTIFICADO DEL SEGURO DE GRUPO
ACTUALIZADO AL 28 DE MAYO DEL 2002.**

Póliza No.	
00030841001	
Certificado No.	
00004439	
Vigencia de la Póliza (a las 0:00 Hrs.)	
Desde:	Hasta:
Día Mes Año	Día Mes Año
01 05 02	01 01 03
Fecha de nacimiento	
Fecha ing. Gps. Aseg.	
Día Mes Año	Día Mes Año
12 04 50	01 05 02

Nombre del Contratante o Razón Social
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

Nombre del Asegurado
[REDACTED]

Sexo
M

Estado Civil
[REDACTED]

Puesto u Ocupación
COMANDANTE DE LA POLICIA MINISTERIAL

Edad
52

Cobertura	Tipo	Suma Asegurada o regla de Suma Asegurada de la Cobertura
FALLA FALLECIMIENTO (FALL)	PRINCIPAL	\$ 100,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO.

BENEFICIARIOS

[REDACTED]	HIJO	50%
[REDACTED]	HERMANO	25%
[REDACTED]	MADRE	25%

Beneficiario Contingente (en caso del fallecimiento de todos los anteriores antes que el Asegurado)

Forma de pago de la Suma Asegurada

Pago Único Administración en Fideicomiso

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 y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

El seguro cubre al Asegurado de acuerdo a los beneficios contratados en los términos y condiciones en la póliza, siempre que el presente certificado se encuentre en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

Firma del Asegurado: [REDACTED] 9-16

Firma del Contratante: [REDACTED]

Lugar y Fecha: Oaxaca, Oax., julio 8 2002.

Director: [REDACTED]

Grupo Nacional Provincial S.A.

Aut. C.N.S.F. oficio No. 06-367-II-1,11454 del 30 de julio de 2001.

CONTRATANTE



00040

041

No. De póliza 300 1022801 Póliza anterior 1022800

Certificado 4002

Interacciones

Aseguradora

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

1. Datos del contratante
Denominación o Nombre GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

2. Datos del Asegurado Titular
Nombre [Redacted] RFC MIMZ500412 Ocupación POLICIA JUDICIAL
Fecha de Nacimiento 12/04/1950 Sexo MASCULINO Fecha de Ingreso al Grupo 1/04/2001 Teléfono Oficina [Redacted] Teléfono Particular [Redacted] Inicio de Vigencia 1/04/2001

3. Datos de los Familiares Asegurados (Sólo si se contrata el Beneficio de Gastos de sepelio para Cónyuge y/c Hijos)
Cónyuge: Ocupación Fecha de Nacimiento:
Hijos menores de 18 años: Fecha de Nacimiento:

4. Beneficios
Beneficio Básico de Fallecimiento \$ Suma Asegurada 100,000

5. Designación de Beneficiarios
Nombre, Parentesco* y Porcentaje
HEREDEROS LEGALES
[Redacted] HIJO 50%
[Redacted] HERMANO 25%
[Redacted] MADRE 25%

* Para efectos de identificación
Atenciones: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, 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, quien en todo caso sólo tendría una 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.

Aseguradora Interacciones, S.A., pagará al beneficiario o beneficiarios designados o al asegurado, según se trate, el importe de la protección que corresponda al miembro del Grupo Asegurado, cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados anexo a esta póliza, previa entrega de las pruebas del derecho del reclamante, siempre que el certificado correspondiente se encuentre en vigor. El importe que pagará será el que resulte de acuerdo con la regla para determinar la suma asegurada.

Se acompañan Condiciones Generales del contrato que son de interés para el asegurado.
LA EXPERIMENTAL SAN ANTONIO DE LA CAL, OAX., 29 DE JUNIO DEL 2001.
Firma de funcionario Autorizado

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con dispuesto en los artículos 36 A y 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficio No. 06-367-II-1.1 / 2 4 6 5 7 del 22 de Septiembre de 1998.



No de póliza: Póliza anterior Endoso
300 1022800

Certificado
3827

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

042

00041

1. Datos del contratante

Denominación o Nombre
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA

2. Datos del Asegurado Titular

Nombre				RFC	MIMZ500412	Ocupación	NO PROPORCIONADA
Fecha de Nacimiento	Sexo	Fecha de Ingreso al Grupo	Teléfono Oficina	Teléfono Particular		Inicio de Vigencia	01/04/2000
12/04/1950	MASCULINO	31/03/2000					

3. Datos de los Familiares Asegurados (Sólo si se contrata el Beneficio de Gastos de sepelio para Cónyuge y/o Hijos)

Cónyuge:	Ocupación	Fecha de Nacimiento
Hijo(s) menores de 18 años:		Fecha de Nacimiento

4. Beneficios

Cobertura	\$ Suma Asegurada	
Beneficio Básico de Fallecimiento		100,000

Designación de Beneficiarios

Nombre, Parentesco* y Porcentaje
HEREDEROS LEGALES

HIJO	50 %
HERMANO	25 %
MADRE	25 %

[Handwritten Signature] 9-16

* Para efectos de identificación.

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación sobre 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, quien en todo caso sólo tendría una 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.

Aseguradora Interacciones, S.A. pagará al beneficiario o beneficiarios designados o al asegurado, según se trate, el importe de la protección que corresponda al miembro del Grupo Asegurado, cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados anexo a esta póliza, previa entrega de las pruebas del derecho del reclamante, siempre que el certificado correspondiente se encuentre en vigor. El importe que pagará será el que resulte de acuerdo con la regla para determinar la suma asegurada.

Se acompañan Condiciones Generales del contrato que son de interés para el asegurado.

Firma de funcionario Autorizado

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con dispuesto en los artículos 36 A y 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficio No. 06-367-II-1.1 / 2 4 6 5 7 del 22 de Septiembre de 1998.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
CALLE DE BÚSQUEDA DE
SAPARECIDAS
A 26

SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS
LITO Y SERVICIOS A LA
UNIDAD
CALLE DE BÚSQUEDA DE
SAPARECIDAS

NOMBRE DEL CONTRATANTE

GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA

\$ 100,000.00

00042

NOMBRE DEL ASEGURADO(A)

Ocupacion

JEFE DE GRUPO DE LA POLICIA JUDICIAL DEL ESTADO 7

ESTADO CIVIL

UNION LIBRE

No. HIJOS

R. F. C.

MIMZ-500412

FECHA DE NACIMIENTO

12 D 04 M 50 A

FECHA DE INGRESO

01 D 06 M 99 A

SEXO

M F

SALARIO MENSUAL

No. IMSS O ISSSTE

78 74 50 02 95 2

CONTRIBUCION AL PAGO DE LA PRIMA SI NO

MONTO O PORCENTAJE DE APORTACION

BENEFICIARIOS

HIJO 50 %
HERMANO 25 %
MADRE 25 %

ADVERTENCIAS:

EN EL CASO 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 REPRESENTACION COBRE LA INDEMNIZACION.

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 EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA TALES DESIGNACIONES.

LA DESIGNACION QUE SE HICIERA DE UN MAYOR DE EDAD COMO REPRESENTANTE DE MENORES BENEFICIARIOS DURANTE LA MINORIA DE EDAD DE ELLOS, LEGALMENTE PUEDE IMPLICAR QUE SE NOMBRE BENEFICIARIO AL MAYOR DE EDAD, QUIEN EN TODO CASO SOLO TENDRA UNA OBLIGACION MORAL, PUES LA DESIGNACION QUE SE HACE DE BENEFICIARIOS EN UN CONTRATO DE SEGURO LE CONCEDE EL DERECHO INCONDICIONADO PARA DISPONER DE LA SUMA ASEGURADA.

AUTORIZO SEA DESCONTADO DE MIS PERCEPCIONES LA PARTE DE LA PRIMA DE MI SEGURO QUE ME CORRESPONDE APORTAR, Y QUE DICHO IMPORTE SEA ENTREGADO A SEGUROS MONTERREY AETNA, S.A. GRUPO FINANCIERO BANCOMER.

DE ACUERDO A LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO HE DECLARADO TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES EN RELACION A LAS PREGUNTAS DE ESTE CONSENTIMIENTO COMO LOS CONOZCO O DEBIERA CONOZER A LA FECHA DE FIRMARLO, ESTOY INFORMADO QUE LAS FALSAS E INEXACTAS DECLARACIONES A LAS PREGUNTAS DE SU CONTENIDO, PODRIAN DAR LUGAR A LA PERDIDA DE LOS DERECHOS A LOS BENEFICIARIOS U OTROS QUE LEGALMENTE PUDIERAN TENER BENEFICIO DE ESTE CONTRATO.

AUTORIZO A LOS MEDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLINICAS Y DEMAS PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS PARA QUE, EN CASO DE SER NECESARIO, PROPORCIONEN TODO LO RELACIONADO CON MI ESTADO DE SALUD A SEGUROS MONTERREY AETNA, S.A. GRUPO FINANCIERO BANCOMER.

LUGAR Y FECHA LA EXPERIMENTAL, SAN ANTONIO DE LA CAL, CENTRO, OAXACA A 14 DE SEPTIEMBRE DE 1999.

DE DERECHOS HUMANOS
LITO Y SERVICIOS A LA
UNIDAD.

ADA DE BÚSQUEDA
ESAPARECIDAS

SA 26



FIRMA DEL ASEGURADO(A)



044
00043

Seguro de Grupo Vida

Contratante **GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA.**

Certificado No. _____
Póliza No. **998510**

Datos del Asegurado

Ocupación **JEFE DE GRUPO DE LA POL.JUD. 7 PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA**

Fecha de ingreso al servicio del contratante
Día **01** Mes **04** Año **1999**

Fecha de ingreso a la póliza
Día **01** Mes **04** Año **1999**

Fecha de nacimiento
Día **12** Mes **ABRIL** Año **1950**

Suma Asegurada (sueldo si depende de este)
\$ **100,000.00**

Regla para determinarla _____

Contribución del asegurado al pago de prima \$ _____

Coberturas Adicionales

A Indemnización por muerte accidental (DI) \$ _____

B Indemnización por pérdidas orgánicas (PO) \$ _____

C Indemnización por accidente colectivo (C) \$ _____

D Seguro saldado por invalidez total y permanente (SSIT) \$ _____

E Beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente (BEPP) \$ _____

F Beneficio por invalidez total y permanente con pago adicional de la suma asegurada (BITP) \$ _____

G Beneficio por invalidez total y permanente por accidente con pago adicional de la suma asegurada (BITPA) \$ _____

Beneficiarios

Advertencia: El beneficiario de que debe ser menor de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en un momento posterior, cuando se termine el contrato, lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de menores o tutores, curadores y se considerará 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 el momento de fallecimiento del asegurado, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

AVELINO MIJANGOS MARTINEZ.	HERMANO	25 %
EDGAR JULIO MIJANGOS MENDOZA	HIJO	50 %
ELODIA MARTINEZ CORTES	MADRE	25 %

Observaciones

Seguros Comercial América, S.A. de C.V. cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la póliza citada.

Lugar y fecha **LA EXPERIMENTAL, SAN ANTONIO DE LA CAL, OAX., 05 DE JUNIO DE 1999**

Firma o sello del contratante

Apoderado Seguros Comercial América, S.A. de C.V.

Nota: El certificado no es válido sin la firma del representante y el sello del contratante Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con oficio No. 06-367-I-1.1/14453 del 27 de abril de 1995.

SA 26

AL DE LA REPUBLICA

DERECHOS HUMANOS
TO Y SERVICIOS A LA
IBAD.

DE BÚSQUEDA DE
PARECIDAS

VC-043-1

00044 ~~045~~

Seguro de Grupo Vida

Contratante **GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA**

Certificado No

Póliza No **998510**

Datos del Asegurado

Ocupación <i>Jefe de Grupo # 743</i>	PROCUR. GENERAL DE JUSTICIA		
Fecha de ingreso al servicio del contratante	Día	Mes	Año
Fecha de ingreso a la póliza	Día 01	Mes ABRIL	Año 99
Fecha de nacimiento	Día <i>12/04/1950</i>	Mes	Año
Suma Asegurada (sueldo si depende de éste) o regla para determinarla:	\$ 100,000.00		
Contribución del asegurado al pago de prima	\$		

Coberturas Adicionales

A Indemnización por muerte accidental (DI)	\$
B Indemnización por pérdidas orgánicas (PO)	\$
C Indemnización por accidente colectivo (C)	\$
D Seguro saldado por invalidez total y permanente (SSIT)	\$
E Beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente (BEPP)	\$
F Beneficio por invalidez total y permanente con pago adicional de la suma asegurada (BITP)	\$
G Beneficio por invalidez total y permanente por accidente con pago adicional de la suma asegurada (BITPA)	\$

Beneficiarios (MAXIMO 4)

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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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.

Nombre	Parentesco	Importe
[Redacted]	Hijo	\$ 50,000
[Redacted]	Hermano	\$ 25,000
[Redacted]	Madre	\$ 25,000

Observaciones:

Seguros Comercial América, S.A. de C.V. cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la póliza citada.

Lugar y fecha **LA EXPERIMENTAL, SAN ANTONIO DE LA CAL, CENTRO, OAXACA 05 DE JUNIO DE 1999.**

[Firma]
Firma o sello del contratante

[Firma]
Aporado Seguros Comercial América, S.A. de C.V.

Nota: El certificado no es válido sin la firma del representante y el sello del contratante Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con oficio No. 06-367-1-1/14453 del 27 de abril de 1995

