



Seguro de Grupo

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante		R.F.C.
Domicilio / Calle y No.		Colonia
C.P.	Delegación o Municipio	Ciudad / Estado

VIGENCIA DE POLIZA

Inicio de Vigencia (Desde 12:00 hrs)	Fin de Vigencia (Hasta 12:00 hrs)	Duración
--------------------------------------	-----------------------------------	----------

GRUPO ASEGURADO

Características del Grupo Asegurado	No. De Personas que lo integran	Edades de Admisión al Seguro
-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. (denominada en adelante la Compañía), asegura de conformidad con las cláusulas de esta póliza durante la vigencia establecida, al grupo mencionado contra los riesgos que más adelante aparecen y que figuran con la anotación de "AMPARADO".

COBERTURAS CONTRATADAS

Regla para determinar la Suma Asegurada para cada integrante del grupo asegurado.

Suma Asegurada Máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad. _____	<u>Cobertura Básica</u> *Fallecimiento <u>Coberturas Adicionales</u>	Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad
	Participación de las utilidades <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin	Experiencia <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Global

PRIMAS

Forma de Pago:	Prima Neta:
No. Pagos:	Descuento:
Moneda:	Recargo:
Pago Inicial:	Tasa de Financiamiento por pago fraccionado:
Pagos subsecuentes:	Gastos de Expedición:
	PRIMA TOTAL:

DATOS GENERALES DEL AGENTE

Clave	Nombre del Agente	Oficina
-------	-------------------	---------

OBSERVACIONES:

ART. 25 LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.- "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones"

Lugar y fecha de Expedición:

_____ Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

IMPORTANTE: Estimado asegurado, lo invitamos a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de su póliza en las condiciones generales anexas.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, Correo: acontrato@apvida.mx

También si lo prefiere puede presentar su reclamación directamente en las oficinas de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, con oficinas centrales en Av. insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100, Tel. 01(800)9998080, correo: asesoria@condusef.gob.mx “

Registro ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (RECAS). En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros publicadas en el diario oficial de la federación con fecha 23 de diciembre de 2015, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó inscrita ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, a partir del día ___ de _____ de _____, con el número _____”

“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 ___ de _____ de _____, con el número _____”