

No. Póliza

POLIZA

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	N° de Personas que lo Integran	Edades de Admisión al Seguro

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., asegura de conformidad con las cláusulas de esta póliza durante la vigencia establecida, al grupo mencionada contra los riesgos que de acuerdo a la opción de cobertura contratada.

COBERTURAS CONTRATADAS
Regla para determinar la suma asegurada
Cobertura: <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios Familiar
Condiciones de contratación: <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios Familiar

PRIMAS
Fecha de Vencimiento: _____ Prima Neta: _____ Forma de Pago: _____ Descuento: _____ No. Pagos: _____ Recargo: _____ Moneda: _____ Tasa de financiamiento por pago fraccionado _____ Pago inicial: _____ Gastos de Expedición: _____ Pagos subsecuentes: _____ 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.

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 26 de octubre de 2016, con el número CNSF-S0069-0727-2016/CONDUSEF-000192-01.

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: contacto@apvida.mx

También si lo prefiere puede presentar su reclamación directamente en sus 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

Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F. Tel 01(55)41619550, www.apvida.mx