

DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre o Razón Social					R F C
Domicilio / Calle y No.			Colonia		
C.P.		Delegación o Municipio		Ciudad o Población	
Tipo de Domicilio <input type="checkbox"/> Fiscal <input type="checkbox"/> Oficina		Teléfono (incluyendo lada)		Correo Electrónico	
Giro, Actividad u Objeto Social de la Empresa			Nombre del Apoderado o Representante Legal		R.F.C.
GRUPO ASEGURABLE					
Categoría de Empleados que se pretenden asegurar y relación con el contratante					
N° de Personas que la Integran		Edad Promedio	¿Existen cúmulos de sumas aseguradas?	SI	NO
Hombres			¿De ser así, dónde y cuando?		
Mujeres					
¿Con este seguro se pretende garantizar prestaciones? ¿Cuáles?					

COBERTURAS Y CONDICIONES DE CONTRATACION	
Regla para determinación de la suma asegurada	
<u>Cobertura Básica</u> *Cobertura Mancomunada de Fallecimiento para el Titular y su Cónyuge e Invalidez Total y Permanente para el Titular. <input type="checkbox"/> *Coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente para el Titular. <input type="checkbox"/> *Cobertura de Fallecimiento para el Titular. <input type="checkbox"/>	Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual Moneda NACIONAL ¿Contribución de los empleados al pago de primas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indicar porcentaje y/o cantidad:

Propongo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. la celebración de un contrato de Seguro de Grupo, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Declaro que los recursos para el pago de las primas son de origen lícito. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo para ser asegurados y me comprometo a recabar la documentación que me indique La Compañía para conformar los expedientes relativos a identificación de los miembros que integren el grupo y a mantenerlos a disposición de La Compañía y de la CNSF cuando lo requiera.

<p>Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.</p> <p>IMPORTANTE: El producto que usted desea contratar cuenta con exclusiones y restricciones, mismas que puede consultar en nuestra página web: www.apvida.mx</p> <p>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.</p> <p>Lugar y fecha</p>	<p>Nombre y Firma del Representante Legal</p>
---	---

DATOS GENERALES DEL AGENTE		
Clave	Nombre del Agente	Oficina

“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 junio de 2014, con el número CNSF-S0069-0287-2014/CONDUSEF 000160-01.”