

SOLICITUD

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 <input type="checkbox"/> Particular		Teléfono (incluyendo lada)	R F C (Apoderado o Representante)
Giro, Actividad u Objeto Social de la Empresa		Nombre del Apoderado o Representante Legal	
GRUPO ASEGURABLE			
Características del Grupo Asegurable			
COBERTURAS Y CONDICIONES DE CONTRATACION			
Regla para determinación de la suma asegurada			
Cobertura: <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios Familiar		Forma de Pago <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	
Condiciones de contratación: <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios Familiar		Moneda	
		¿Contribución de los participantes al pago <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Propongo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. la celebración de un contrato de Seguro de Gastos Funerarios Familiar, de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros del grupo para ser asegurados.

Este documento solo constituye una solicitud de Seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada por Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la Solicitud.	
Lugar y fecha	Nombre y Firma del Representante Legal

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

Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitaciones, las cuales pueden consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentra a su disposición en nuestra página de internet "<http://www.apvida.com.mx>."

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

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