

Seguro de VIDA GRUPO


DATOS GENERALES		VIGENCIA DE POLIZA
Nombre del Contratante <NOMBRE_CONTRATANTE>		<FEC_VIG_DES> <FEC_VIG_HAS>
R.F.C. <RFC>	Domicilio / Calle y No <CALLE_NUM>	Participación de Utilidad <DIVIDENDO1>
Colonia <COLONIA>	Delegación o Municipio <DELEG_MUNIC>	
C.P. <COD_POST>	Ciudad / Estado <CIUDAD>	% Contribución de Asegurados (SI) (NO)
		Prestación Laboral (SI) (NO)

PRIMAS			
Moneda: <TIPO_MONEDA>	Prima Neta: <PRIMA_NETA>		
Forma de Pago <FORMA_PAGOS>	Descuento: <DESCUENTO>		
No. Pagos <NRO_PAGOS>	Recargo: <RECARGO>		
Pago Inicial: <PAGO_INICIAL>	Tasa de Financiamiento por pago fraccionado: \$0.00		
Pagos subsecuentes: <PAGO_SUBSECUENTE>	Gastos de Expedición <GAST_EXPED>		
		PRIMA TOTAL:	<PRIMA_TOT>

DATOS GENERALES DEL INTERMEDIARIO		
Oficina <OFICINA>	Clave <CVE_AGENTE>	Nombre del Agente <NOM_AGENTE>

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"

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 "AMPARADA".

<LUG_FEC_EMI>	 Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	Firma del Funcionario

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Subgrupo <CATEGORIA_BAS1>		
Número de Asegurados que lo integran <NRO_ASEGURADOS1>	SAMI (Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad) <SAMI1>	Prima Neta <PRIMA_NETA1>
Cobertura Contratadas/Amparadas	Suma Asegurada: ⁽¹⁾ Regla sueldo base meses () ⁽²⁾ Monto Fijo en pesos () Saldo Insoluto ()	Edad máxima de aceptación en años
	Regla de Suma Asegurada <REGLA1>	
Básica: <SUMA_COBERTURAS_BAS1>	<SUMA_ASEGURADA_BAS1>	<EDADES_BAS1>
Adicionales <SUMA_COBERTURAS1>	<SUMA_ASEGURADA1>	<EDADES1>

ENDOSOS y ACLARACIONES**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 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 “

“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 23 de Noviembre de 2018, con el número CGEN-S0069-0105-2018”.

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