

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA  
VIDA GRUPO**

**Póliza:** D00-7-5-2115

**Vigencia desde:** las 12:00 Hrs. del 01/05/2015 **Hasta:** las 12:00 Hrs. del 30/09/2018 **Fecha expedición:** 09/10/2015

**Contratante y Domicilio:**

**RFC:** IFN020502020

**INST DEL FONDO NAC PARA EL CONSUMO DE LOS TRAB, EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LOS TRAB ACREDIT INSURGENTES SUR 452  
CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL**

**ROMA SUR  
MEXICO**

**CP 06760**

**Producto:** VIDA FONACOT

**Orden:**

**Agente:** 11250

**Sucursal:** MEXICO

**Trámite:**

**Moneda:** NACIONAL

**Prima Neta:**

**Forma Pago:** CONTADO

**Recargo Pago Fraccionado:**

**1er.Recibo:** 0.00

**Recibo Subsecuente:** 0.00

**Total a pagar:** \_\_\_\_\_

**Características de la Colectividad**

**PLAN:** VIDA GRUPO DEUDORES FONACOT

**SECCION:** 1 ACREDITADOS FONACOT

**ASEGURADOS:** Según relación anexa de cada sección

**VIDA VG**

**PERDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA**

**INCAPACIDAD O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

**AYUDA PARA DESPENSA**

Se anexan condiciones especiales, que también forma parte de este contrato

**Otras condiciones**

Seguros Atlas, S.A. en lo sucesivo la "Compañía", asegura de conformidad, con las condiciones de esta póliza y durante la vigencia establecida, contra los riesgos descritos y con límite máximo de responsabilidad establecido, la(s) persona(s) amparada(s) en la presente póliza.

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.

En Seguros Atlas, S.A., sus datos están protegidos, consulte el aviso de privacidad en [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx)

Agente: DIRECTA SUCURAL LEON FONACOT

  
\_\_\_\_\_  
Seguros Atlas S A