

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
VIDA GRUPO**



Póliza: D00-7-5-215
Vigencia desde: las 12:00 Hrs. del 01/05/2015 **Hasta:** las 12:00 Hrs. del 31/05/2018 **Fecha expedición:** 11/06/2015

Contratante y Domicilio: INST DEL FONDO NAC PARA EL CONSUMO DE LOS TRAB, EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LOS TRAB ACREDIT
INSURGENTES SUR 452 ROMA SUR
CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL MEXICO

RFC: IFN020502020
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

Agente: DIRECTA SUCURAL LEON FONACOT



Seguros Atlas, S.A.