

Póliza: 153-000000001-00	
VIGENCIA	
Desde 01/09/2017 12 Hrs.	Hasta 01/12/2020 12 Hrs.

POLIZA DE SEGURO



Línea de Negocio
SEGURO DE VIDA GRUPO PARA DEUDORES DIVERSOS

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATANTE
INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES EN NOMBRE Y POR CUENTA DE LOS TRABAJADORES ACREDITADOS
 AV. INSURGENTES SUR 452 COL. ROMA SUR DEL. CUAHUTEMOC C.P. 06760
 CIUDAD DE MÉXICO
 MÉXICO
 ID CONTRATANTE R.F.C. IFN060425C53

Tipo de Grupo Asegurado: DEFINICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO
PERSONAS FÍSICAS QUE TENGAN VIGENTE UN CRÉDITO CON EL CONTRATANTE Y QUE ESTÉN DADAS DE ALTA EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS. QUE NO SE ENCUENTREN EN PROCESO O ESTADO DE INVALIDEZ Y QUE CUENTEN CON EMPLEO FORMAL AL MOMENTO DE LA DISPOSICIÓN DEL CRÉDITO.

SUMAS ASEGURADAS			
Total Básica Inicial	\$0.00	Máxima sin requisitos de asegurabilidad	\$0.00
BENEFICIOS CUBIERTOS	BENEFICIARIO	SUMA ASEGURADA	PERIODO DE ESPERA
BASICA POR FALLECIMIENTO	INFONACOT	SALDO INSOLUTO	
INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	INFONACOT	SALDO INSOLUTO	
PERDIDA DEL EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA	INFONACOT	HASTA 6 MENSUALIDADES	30 DIAS NATURALES
AYUDA DE DESPENSA POR PERDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA	ASEGURADO	\$500.00 PAGO UNICO	30 DIAS NATURALES
ENDOSO DE CONDICIONES FONACOT			
Contribución de los miembros al pago de la prima	0.00%	Prima Neta	\$0.00
Periodicidad del Cálculo de Dividendos	NO APLICA	Derechos	\$0.00
		Recargos Pago Fraccionado	\$0.00
		Prima Total	
Tipo de Administración	AUTO ADMINISTRADA	Moneda	NACIONAL
Tipo de Experiencia	NO APLICA	Forma de Pago	PRIMA UNICA
Costo del Seguro:	PRIMA=((Capital inicial antes de prima/1000)*3.8560)*(PLAZO + 3)		

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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.

La Compañía pagará cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación de acuerdo a las condiciones generales, siempre y cuando la cobertura se encuentre en vigor al momento del siniestro.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com.

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 01 de Septiembre de Sep. De 2017.

[Handwritten Signature]
 FUNCIONARIO AUTORIZADO
 Clave: DIRECTO

Agente: **DIRECTO**