



18090404  
Cliente Inbursa

14213 93109951  
PÓLIZA

93114892  
CIS

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P.14060, Ciudad de México, Teléfonos de atención 01 800 90 90000 en el Interior de la República ó 5447 8080 en la Ciudad de México y su área metropolitana.

## DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE: ESCUELA DE MEDICINA INTERMEDICA S.C	AGRUPACIÓN: 93109586	<b>PRIMA NETA</b> 1,321.50
	PÓLIZA ANTERIOR:	
DIRECCIÓN: LUIS DONALDO COLOSIO 212 COL. ARBOLEDAS DE SAN JAVIER PACHUCA DE SOTO HGO C.P. 42083	R.F.C.: EMI120417DR6	<b>FINANCIAMIENTO</b> 0.00
	MONEDA: Nacional	<b>GASTOS DE EXP</b> 0.00
PRODUCTO: Seguro de Grupo Vida Temporal Uno	FORMA DE PAGO: Pago único	
	TIPO DE DOCUMENTO: Renovación	
<b>VIGENCIA</b>		<b>IMPORTE TOTAL</b>
Desde las 12:00 horas	02/DIC/2018 Hasta las 12:00 horas	15/ENE/2019
	FECHA DE EMISIÓN 02/DIC/2017	1,321.50

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa (denominada en adelante La Compañía). Pagará al beneficiario respectivo la Suma Asegurada individual que aparece en esta póliza o la que aparece en el Certificado Individual, el pago se hará previa la presentación de pruebas fehacientes del fallecimiento del miembro asegurado, de sus causas y del derecho del reclamante, siempre que esta póliza y el certificado correspondiente se encuentren en vigor, de acuerdo y con sujeción a las condiciones generales y especiales registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas contenidas en esta póliza, las cuales forman parte integrante del contrato. El contratante pagará a La Compañía la prima inicial del grupo o colectividad asegurada en la 'fecha emisión' y las primas sucesivas en la fecha de inicio de cada periodo de acuerdo a la forma de pago de las primas. En testimonio de lo cual, La Compañía firma la póliza en la 'fecha de emisión'.

Póliza autoadministrada

Plazo de la póliza	44 DIAS
Participación en las utilidades	No
Tipo de experiencia	Sin participación en las utilidades
Porcentaje de participación de los asegurados en el pago de la prima	0 %

## GRUPO ASEGURADO (SCPGYC)

ALUMNOS DE LA 2DA. Y 3ER. GENERACION, QUE SE ENCUENTRAN REGISTRADAS EN LA INSTITUCION ESCUELA DE MEDICINA INTERMEDICA S.C

## REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL (SCPGRS)

\$100,000.00 POR PARTICIPANTE.

## ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS CONTRATADAS

Beneficio

Vida

## ANEXOS

LA PRESENTE PÓLIZA QUEDA SUJETA A LOS SIGUIENTES ANEXOS:

F-646 - 14	CONDICIONES GENERALES
AVIIMP	AVISO IMPORTANTE
F-VGAUT	ENDOSO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN
SCPGYC	DESCRIPCION COLECTIVIDAD ASEGURABLE



SCPGRS	REGLA DE SA
VICARRE2	CARENCIA DE RESTRICCIONES
VIAGRGPO	CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Nota: Si alguno de los anexos aquí mencionados no fuera adjunto, favor de exigirlo a su asesor o en cualquiera de nuestras oficinas. Le recomendamos que los lea detalladamente para que conozca el alcance de las coberturas, exclusiones y limitaciones de su póliza.

Le recordamos que el aviso de privacidad de la compañía se encuentra a su disposición en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com)

Para consultar el CFDI de su póliza ingrese a: [https://www.inbursa.com/Seguros\\_CFDI/](https://www.inbursa.com/Seguros_CFDI/)

Artículo 25 de la 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.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención al Público con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238-0649 o desde el interior de la República al 01-800-849-1000, o bien a través del correo electrónico [uniesp@inbursa.com](mailto:uniesp@inbursa.com)

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos 5340-0999 y 01-800-999-8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), página en internet [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

CNSF-S0022-0710-2011 Y CNSF-S0022-0711-2011 DE FECHA 29/02/2012; RESP-S0022-0238-2015 DE FECHA 01/04/2015

Término máximo para el pago de prima anual o primera fracción en caso de pago fraccionado: 30 días.

Definiciones:

ID CLIENTE = Identificador del Cliente

CIS = Certificado Individual de Seguros



22364 ILLYANA CARREÑO PEREZ FERNAND  
CLAVE Y NOMBRE DEL AGENTE

11/DIC/2018  
FECHA DE EXPEDICIÓN

FIRMA AUTORIZADA DE SEGUROS  
INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO  
INBURSA

