

Póliza de Seguro de Vida

Consolida Total

Póliza No.

Contratante

[Empty field for Contractant Name]

**Referencia
Código Cliente**

Fecha de expedición: Día Mes Año

Conducto de pago
 Forma de pago
 Moneda

Prima del movimiento
 Prima Neta
 Recargo Pago Fraccionado
 Derecho de Póliza
 I.V.A.
Importe a pagar

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. pagará las cantidades derivadas del seguro de vida contratadas al beneficiario designado, después de recibir las pruebas del fallecimiento del Asegurado y una vez que se determine la procedencia del siniestro. El beneficio de supervivencia se pagará en la fecha de vencimiento de la Póliza en caso de que se haya contratado. Todos los beneficios se pagarán dependiendo de la opción de liquidación elegida de acuerdo con las condiciones y cláusulas que forman parte de este Contrato, y que en caso de siniestro, éste ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

Asegurado (s)

Edad Contratación:
 Fumador:
 Tipo de Riesgo

Código Cliente

Descripción del movimiento

[Empty field for Description of movement]

Coberturas

Protección Contratada

Opciones de Liquidación

Vigencia Póliza

Día Mes Año

Desde el
 Hasta el

Informativo

Importe Total Actualizado

Importe Total Anterior
 Importe Total del Movimiento
 Importe Total Actual

Especificaciones del Plan

Plazo:
 Cobertura:

Área Geográfica:

La Protección Contratada se actualizará en cada aniversario, de acuerdo a lo especificado en la cláusula de Ajuste Automático de las Condiciones Generales.

Observaciones

Este plan tiene la opción de hacer aportaciones al Plan Personal de Retiro Afecto al Artículo 176 fracción V de la LISR y a la Cuenta Especial para el Ahorro Afecto al Artículo 218 de la LISR

Este documento no acredita el pago de la Póliza, por lo que es indispensable solicite el comprobante correspondiente a su Agente

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número _____ de fecha _____.



Agente [Empty field]

Clave [Empty field]

Grupo Nacional Provincial S.A.B.

Beneficiarios de Fallecimiento:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje de distribución de la Protección Contratada
---------------	----------------------------	-------------------	---

Informativo

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número _____ de fecha _____.