



| | | | | | |
|--|-------|------------------------|-------------------------------|-------|-------|
| No. Póliza: | | | | | |
| Operación: | | Vigencia de la póliza: | Inicia a las 12hrs. del día: | | |
| | | | Termina a las 12hrs. del día: | | |
| SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V. , en adelante mencionada como "SPP", asegura de acuerdo con las condiciones generales de esta póliza a la persona física o moral denominada en adelante "El Asegurado". | | | | | |
| Contratante: | | RFC: | | | |
| Domicilio: | | | | | |
| Entidad: | C.P.: | | | | |
| Agente: | | | | | |
| Plazo del seguro: | | | | | |
| Moneda: | | Forma de pago: | | | |
| Descripción de la Colectividad Asegurada: | | | | | |
| Coberturas Contratadas | | | Suma Asegurada | | |
| | | | | | |
| | Neta | Recargo | Gastos de Expedición | I.V.A | Total |
| Prima: | | | | | |
| <p>El Contratante y SPP, declaran expresamente que el presente contrato de seguro es un contrato de adhesión. Las Condiciones Generales que contienen las coberturas, EXCLUSIONES GENERALES y PARTICULARES y de la póliza se encuentran disponibles para consulta en el sitio www.sppseguros.com.mx La Documentación Contractual será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales, contados a partir de la contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado.</p> <p>AVISO DE PRIVACIDAD: Declaro bajo protesta de decir a verdad, que previo al llenado de este documento ha sido puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V., mismo que se ha indicado se encuentra disponible para consultas posteriores en el sitio www.sppseguros.com.mx</p> | | | | | |
| CONDUSEF | | | | | |
| Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, C.P. 03100, Benito Juárez, Ciudad de México. Teléfono: (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080 Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx | | | | | |
| Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones | | | | | |
| Ciudad de México, Volcán 214, Lomas de Chapultepec, Primera Sección C.P. 11000 Teléfono: (01 800) 1010053 y (55) 3600 9600 Correo electrónico: une@sppseguros.com.mx Horario: Lunes a Jueves de 8 a 17 hrs. y Viernes de 8 a 15 hrs. | | | | | |
| Este documento no acredita el pago de la Póliza, por lo que es indispensable solicite el comprobante correspondiente. | | | | | |
| <hr/> Apoderado Legal SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V. | | | | | |
| <p>SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V. pagará la suma asegurada cuando los eventos y/o siniestros cubiertos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.</p> <p>Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: " Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, e 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".</p> <p>En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0128-0269-2019/ CONDUSEF-003855-01</p> | | | | | |