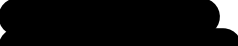


AIG Seguros México, S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136 Colonia Tlacoquemecatl del Valle, 03200, Ciudad de México
Tel: (01) 800 001 1300
www.aig.com.mx

ACUSE DE RECIBO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PARRAL
AVENIDA GENERAL JESUS LOZOYA SOLIS KM 0.931 .
PASEOS DEL ALMANCENA HIDALGO DEL PARRAL CHIHUAHUA 33827

SE HACE CONSTAR LA ENTREGA POR AIG SEGUROS MÉXICO S.A. DE C.V., DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (CARÁTULA DE PÓLIZA, CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES, PARTICULARES O ESPECIFICACIONES, ENDOSOS, RECIBOS DE PAGO DE PRIMAS O AVISOS DE COBRO Y FOLLETO) DEL CONTRATO DE SEGURO QUE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

NOMBRE DEL PRODUCTO : ESC - ESCUELAS
TIPO DE MOVIMIENTO : RENOVACION MANUAL
OFICINA : 
NÚMERO DE PÓLIZA : 
ENDOSO : 0
ORDEN DE TRABAJO DEL AGENTE : 
FOLIO AIG : 
AGENTE : 
PROMOTOR : 

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL QUE SE ENTREGA, ES DEL USO EXCLUSIVO A LA PERSONA A LA CUAL SE DIRIGE Y AQUELLOS AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO PARA RECIBIRLA. **SI USTED NO ES UN RECEPTOR AUTORIZADO, NO DEBE RECIBIR ESTOS DOCUMENTOS.**

EL ASEGURADO, AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, MANIFIESTA QUE HA LEÍDO Y COMPRENDE EL ALCANCE DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE AIG SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V., QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LAS FINALIDADES, POSIBLES TRANSFERENCIAS Y DEMÁS CONDICIONES AHÍ SEÑALADAS, PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES. NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD PUEDE SER CONSULTADO EN TODO MOMENTO EN LA PÁGINA DE INTERNET www.aig.com.mx

RECIBÍ DOCUMENTOS

NOMBRE COMPLETO: _____
(Nombres) (Apellido paterno) (Apellido materno)

FECHA: _____
(Día) (Mes) (Año)

FIRMA: _____


Los datos personales serán tratados conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad que está a su disposición en la página de Internet <http://aig.com.mx> Por favor consulte el aviso de privacidad antes de proporcionar sus datos.



AIG Seguros México, S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136 Colonia Tlacoquemecatl del Valle, 03200, Ciudad de México
Tel: (01) 800 001 1300
www.aig.com.mx

Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC					

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE

NOMBRE:	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PARRAL	R.F.C.:	UTP111225EE5
CALLE:	AVENIDA GENERAL JESUS LOZOYA SOLIS KM 0.931 .	COLONIA:	PASEOS DEL ALMANCEÑA
POBLACIÓN:	HIDALGO DEL PARRAL	C.P.:	33827
ESTADO:	CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	

MONEDA	VIGENCIA DEL SEGURO		DURACIÓN	FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO
NACIONAL	DESDE LAS 12:00 HORAS DEL 05/01/2020	HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 05/01/2021	366 DÍAS	CONTADO	0.00%

PRIMA NETA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	GASTOS EXPEDICIÓN PÓLIZA	IMPORTE DE I.V.A.	PRIMA TOTAL
\$ 33,450.00	\$ 0.00	\$ 500.00	\$ 5,432.00	\$ 39,382.00

BENEFICIOS CUBIERTOS

CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA:
PARTICIPACIÓN CON LO QUE LA COLECTIVIDAD CONTRIBUIRÁ PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

FECHA DE EXPEDICIÓN: 14/01/2020

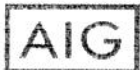
Agente de Seguro: [REDACTED]
Reducción en prima por aplicación (total o parcial) de comisión del agente: 0.00



006840937

AIG SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.

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 23 de julio de 2015, con el número [REDACTED]



Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC				8	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE

NOMBRE:	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PARRAL	R.F.C.:	UTP111225EE5
CALLE:	AVENIDA GENERAL JESUS LOZOYA SOLIS KM 0.931 .	COLONIA:	PASEOS DEL ALMANCEÑA
POBLACIÓN:	HIDALGO DEL PARRAL	C.P.:	33827
ESTADO:	CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	

BENEFICIOS CUBIERTOS

Continuación:

Límite de Cobertura por evento (Coberturas por Hospitalización) 0 días
Período de Espera (Coberturas por Enfermedades Graves y Hospitalización) No aplica período de espera días

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS Y DEDUCIBLES
INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 100,000.00
INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS A CAUSA DE ACCIDENTE	\$ 100,000.00
ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"	
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	\$ 50,000.00

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

REVISE LAS EXCLUSIONES QUE, EN SU CASO, INCLUYE LA COBERTURA DE MUERTE

ADVERTENCIA: en las coberturas de gastos médicos, a partir de que el Asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de estas coberturas de seguro, podrían representarle un esfuerzo financiero importante.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días



Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC				8	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE

NOMBRE:	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PARRAL	R.F.C.:	UTP111225EE5
CALLE:	AVENIDA GENERAL JESUS LOZOYA SOLIS KM 0.931 .	COLONIA:	PASEOS DEL ALMANCEÑA
POBLACIÓN:	HIDALGO DEL PARRAL	C.P.:	33827
ESTADO:	CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	

naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

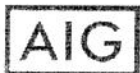
Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Para el caso de los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de contratante, la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades (el Reglamento en adelante).

La Aseguradora podrá renovar los contratos de seguro colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron



Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC					

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE

NOMBRE:	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PARRAL	R.F.C.:	UTP111225EE5
CALLE:	AVENIDA GENERAL JESUS LOZOYA SOLIS KM 0.931 .	COLONIA:	PASEOS DEL ALMANEÑA
POBLACIÓN:	HIDALGO DEL PARRAL	C.P.:	33827
ESTADO:	CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	

contratadas, siempre que se reúnan los requisitos que establece el Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Los nombres completos de los asegurados y su fecha de nacimiento se indican en el listado anexo.

Los beneficiarios de cada asegurado se hacen constar en el certificado.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan 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 consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.