



DIRECCIÓN DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.
OFICIOS EXTERNOS FYA/079/2019
21 DE NOVIEMBRE DEL 2019

INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.
PRESENTE.

Por medio del presente, y por conducto de la Lic. Jesús Gallegos Montoya, me dirijo a Usted con la finalidad de solicitarle tenga a bien presentar cotización de Seguro de Vida Grupal (básica por fallecimiento), para los elementos de Seguridad Pública y Tránsito Municipal de San Francisco de los Romo, que cuenta con una plantilla de personal de 75 activos., se anexa lista de elementos, así mismo le pediría nos hiciera llegar su cotización a más tardar el día 27 del mes en curso.

Sin otro particular por el momento, y en espera de su respuesta, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



DIRECCIÓN DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN
IFF. IMELDA ENCINA DE LA ROSA
Municipio de San Francisco de los Romo, AGS.
DIRECTORA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

Recibi
Jesús Gallegos Montoya
21 Nov 2019

c.c.p. Archivo.

DOCUMENTO DE PAGO

Insignia Life, S.A. de C.V.
 Av. Paseo de la Reforma 234 Piso 6
 Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
 06600, Ciudad de México
 Tel. 3088 3663 / 01 800 00 55555



DATOS DEL CONTRATANTE

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DE LOS ROMO
 AVE. FRANCISCO ROMO JIMENEZ Num. 102
 Col. SAN JOSE DE BUENAVISTA
 C.P. 20300, SAN FRANCISCO DE LOS ROMO, AGUASCALIENTES
 R. F. C.: MSF920130TQ9

ECHA DE EXPEDICION	MONEDA	FORMA DE PAGO	SERIE	VIGENCIA DEL RECIBO		No. DE POLIZA	No. DE ENDOSO
				DESDE	HASTA		
12/12/2019	NACIONAL	ANUAL	1 / 1	11/12/2019	11/12/2020	101-0000001875-00	

DOCUMENTO DE PAGO			PRIMA Y GASTOS	
Cheque	Tarjeta Crédito	Tarjeta Debito	PRIMA NETA	288,999.86
Tarjeta o cheque No.:			MONTO DE FINANCIAMIENTO	0.00
Banco:			GASTOS DE EXPEDICIÓN	1,000.00
FECHA DE PAGO, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBIÓ			TOTAL	289,999.86
			REGISTRO : 000066470-01	

IMPORTE CON LETRA

NETO A PAGAR

289,999.86

*****DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS 86/100 M.N.*****

DOCUMENTOS QUE AMPARA ESTE RECIBO

CONTROL	PROMOTOR	AGENTE	NOMBRE DEL AGENTE
	313	3878	ADID Y ASOCIADOS AGENTE DE SEGUROS SA DE CV

BANCO	CONTRATO	REFERENCIA
SANTANDER	CIE 2776 / 014180220002613754	00000316441701001203
SANTANDER DÓLARES	CIE 82500439742 / 014180825004397428	00000316441701001203
BANAMEX	SUC 23 2210001 / 002180002322100012	00000316441701001203
BANAMEX DOLARES	SUC 660 9583558 / 002180066095835582	00000316441701001203
BBVA BANCOMER	CIEC 849499 / 012180001768043575	00000316441701001203
BBVA BANCOMER DÓLARES	CIEC 981001 / 012180001644962644	00000316441701001203

ESTE DOCUMENTO NO CORRESPONDE A UN COMPROBANTE FISCAL



DIRECCIÓN DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.
OFICIOS EXTERNOS FYA/076/2019
21 DE NOVIEMBRE DEL 2019

ASBA SEGUROS Y FIANZAS MEDINA, S.C. (MEXICO)
P R E S E N T E.

Por medio del presente, y por conducto de la Lic. Gloria Medina Reynaga, me dirijo a Usted con la finalidad de solicitarle tenga a bien presentar cotización de Seguro de Vida Grupal (básica por fallecimiento), para los elementos de Seguridad Publica y Tránsito Municipal de San Francisco de los Romo, que cuenta con una plantilla de personal de 75 activos., se anexa lista de elementos, así mismo le pediría nos hiciera llegar su cotización a más tardar el día 27 del mes en curso

Sin otro particular por el momento, y en espera de su respuesta, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



DIRECCIÓN DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN
Municipio de San Francisco
de los Romo, Ags.

IFF. IMELDA ENCINA DE LA ROSA

DIRECTORA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

c.c.p. Archivo.



**GENERAL
DE SEGUROS**

Luis Donaldo Colosio 310
La Concepción 76876 Aguascalientes, Ags.
Tel. (449) 912.3167

DESGLOSE DE ESTUDIO
VIDA GRUPO AUTENTICO

ESTUDIO 22640GA

CONTRATANTE

AYUNTAMIENTO DE SAN FRANCISCO DE LOS ROMO

COBERTURAS		PRIMAS
FALLECIMIENTO		\$375,505.00
	SUBTOTAL	\$375,505.00
(-)DESCUENTO ESPECIAL		\$67,590.90
	SUBTOTAL	\$307,914.10
RECARGO FIJO		\$200.00
GASTOS DE EXPEDICION		\$450.00
	TOTAL ANUAL	\$308,564.10

RESUMEN

Coberturas	No. de Asegurados	Suma Asegurada total por Cobertura
Fallec.	75	\$ 37,500,000.00

FORMA DE PAGO	PRIMA NETA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	RECARGO FIJO	GASTOS DE EXPEDICIÓN	PRIMA AL COBRO
SEMESTRAL	\$153,957.05	\$5,696.41	\$200.00	\$450.00	\$160,303.46
TRIMESTRAL	\$76,978.53	\$4,233.82	\$200.00	\$450.00	\$81,862.35
MENSUAL	\$25,659.51	\$1,667.87	\$200.00	\$450.00	\$27,977.38

AGENTE: ISIDRO ENRIQUE MEDINA REYNAGA (7657)

MEXICO, D.F. A 27 DE NOVIEMBRE DE 2019

ESTA COTIZACIÓN NO REPRESENTA COMPROMISO DE COBERTURA ALGUNA Y TIENE VIGENCIA DE 30 DIAS.

CLIENTE



DIRECCIÓN DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN.
OFICIOS EXTERNOS FYA/077/2019
21 DE NOVIEMBRE DEL 2019

CHUBB SEGUROS DE MEXICO, S.A.
P R E S E N T E.

Por medio del presente, y por conducto del Sr. José Manuel Álvarez de Haro, me dirijo a Usted con la finalidad de solicitarle tenga a bien presentar cotización de Seguro de Vida Grupal (básica por fallecimiento), para los elementos de Seguridad Publica del Municipio de San Francisco de los Romo, que cuenta con una plantilla de personal de 75 activos., se anexa lista de elementos, así mismo le pediría nos hiciera llegar su cotización a más tardar el día 27 del mes en curso.

Sin otro particular por el momento, y en espera de su respuesta, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



DIRECCIÓN DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN
IFF. IMELDA ENCINA DE LA ROSA
DIRECTORA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

c.c.p. Archivo.

Prima Promedio y elemento
4/1650

Cotización: MX115332 (vrt)
Fecha de elaboración: 25-nov-19
ABA | Seguro de Vida Grupo
de Chubb Seguros México, S.A.



COTIZACIÓN PARA EL SEGURO DE GRUPO Y/O COLECTIVO

Datos Generales			
Contratante:	MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DE LOS ROMO, AGUASCALIENTES		Tipo de seguro: Vida Grupo
No. De Asegurados:	75	Forma de Pago Póliza:	Annual
Tipo de Participación Asegurados:	Mandatorio	Administración Póliza:	Autoadministración
Tipo de Asegurados:	Solo Titulares	Número de Póliza:	120010556
Elegibilidad: Personal en servicio activo con el Contratante, es decir que se encuentre dentro de la nómina.		Inicio de Vigencia:	11/dic/2019
		Fin de Vigencia:	11/dic/2020
		Días de Vigencia:	1 año

Reglas de Suma Asegurada: Fija de 500,000 MXN por Participante.

Subgrupo o Categoría	Basica por Fallecimiento		
Pólizas de Seguridad y Tránsito	500,000 Fija		

Suma Asegurada Máxima sin Requisitos Médicos (SAMI):
Suma Asegurada Máxima sin Requisitos Médicos (SAMI): **\$500,000** Favor de revisar el apartado de Observaciones

Cobertura	Costos hasta SAMI			Costos por Excedentes a SAMI		
	Asegurados	Suma Asegurada	Prima Anual	Asegurados	Suma Asegurada	Prima Anual
Básica	75	\$ 37,500,000	\$ 348,749.98	-	\$ -	\$ -
Subtotal		\$ 37,500,000.00	\$ 348,749.98	Subtotal	\$ -	\$ -

Totales sin Extra Prima			
# Asegurados	Suma Asegurada	Prima Neta Anual	
Básica	75 \$ 37,500,000	\$ 348,749.98	

Prima Neta con Extra Prima	\$ 348,749.98
-----------------------------------	----------------------

En CHUBB Seguros Life el Recargo por pago fraccionado en cualquier modalidad de pago autorizado es cero, y no cobramos derechos de póliza

Coberturas Contratadas
Basica por Fallecimiento Cubre el fallecimiento del asegurado

Edades de Aceptación

	Minima	Inicial	Renovación	Cancelación
Basica	15	65	98	99

Condiciones
Fórmula de Dividendos: **No Aplica**

Observaciones
NO SE ACEPTAN ASEGURADOS INVALIDOS, JUBILADOS Y/O PENSIONADOS, O BIEN, EN PROCESO DE SER DECLARADOS COMO TAL.

Cualquier concepto de comisiones de la presente propuesta ya considera IVA.
Presenta propuesta si participa en el PAB Vigente en CHUBB Seguros

La presente cotización se realizó bajo el supuesto de que todos los participantes realizan actividades laborales que representan un riesgo subnormal, por lo que se les está extraprimando, por lo que en caso de de actualizar el listado deberán anexar las descripciones laborales de cada uno y en función a ello, el costo podrá variar.

El número mínimo para emitir una póliza es de : 10 Asegurados Titulares. Considerando que la adhesión al plan es de carácter Mandatorio

En caso de emisión el número mínimo de asegurados podrá ser de 71 y un máximo de 79

Endosos Autorizados
INDISPUTABILIDAD Se elimina la cláusula de disputabilidad, siempre y cuando el grupo asegurado sea auténtico, es decir el asegurado no participa en el pago de las primas y este asegurado el 100% del total del grupo asegurable, sean empleados de un mismo patrón o empresa estén formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo y presten sus servicios a ese mismo patrón. Este endoso aplica siempre y cuando sean asegurados de renovación.

CONSENTIMIENTOS DE OTRAS ASEGURADORAS La compañía reconocerá los beneficiarios designados en los consentimientos individuales entregados por el contratante sólo cuando estén debidamente requisitados y firmados por el asegurado, pudiendo ser éstos de vigencias anteriores en otra compañía aseguradora, siempre y cuando el asegurado forme parte del grupo asegurado.

Generales
La presente Cotización fue calculada considerando la información proporcionada, la participación del 100% del grupo, la actividad de los participantes como Riesgo Normal, las primas pagadas al 100% por el Contratante y la vigencia del seguro de un año. En caso de variación de alguna de las consideraciones mencionadas, los costos y condiciones pueden variar

Cotización válida por 30 días a partir de la fecha de elaboración.
J MANUEL ALVAREZ DE HARO - 2489 115332 (vrt) 2019_10 MX/ABFC 0.2/S03/CNSF-S0039-0733-2016/DH 1.70

Cotización Elaborada por: Adair Bernardo Flores Calderón

Autorizada por: Adair Bernardo Flores
Digitally signed by Adair Bernardo Flores
Date: 2019.11.25 17:26:25 -06'02'