

**ASALTO:** Se cubre en el beneficio de accidente (en caso de tener el beneficio contratado), el fallecimiento o lesiones del asegurado por asalto, cuando éste sea la víctima, condicionado a la existencia de acta del Ministerio Público con la cual se pueda comprobar tal evento.

Clave de Agente: 78594

Agente: ANC-006127-JIMENEZ HERNANDEZ LIZZETTE ALEJANDRA

**MOTOCICLISMO:** Se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor, ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado debe utilizar el equipo de protección necesario (casco y botas) y contar con licencia de motociclista vigente. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

**ALCOHOL:** Se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

**CONSENTIMIENTOS:** Se aceptan los consentimientos que hayan sido requisitados hasta 5 años antes a partir de la fecha de inicio de vigencia con Mapfre México, S.A.

**DEPORTES PELIGROSOS:** Se cubre en los beneficios de accidentes e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos con excepción de: box, vuelo delta, buceo, lucha libre, lucha grecorromana y artes marciales en cualquiera de sus modalidades, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

**AVIACION PARTICULAR:** Se cubre los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún asegurado, cuya actividad no sea piloto a consecuencia de un accidente como pasajero en la aviación particular hasta por 100 hrs. anuales de vuelo por persona, entendiéndose por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial y que cuente con bitácora de registro, siempre que el piloto que conduzca la aeronave tenga licencia de piloto aviador vigente. Esta cobertura se otorga a máximo 3 asegurados en su solo vuelo.

**PROTECCION ADICIONAL POR 30 DIAS:** Se podrá cubrir por un periodo máximo de 30 días a aquellos empleados que dejen de prestar sus servicios para el Contratante con afectación a la siniestralidad de la póliza y considerando la suma asegurada contratada por beneficio al momento de la baja.

**MODIFICACION DE EDAD:** En los casos en que la edad declarada por el Contratante difiera de la real, y esto se detecte al ocurrir el siniestro, se tomará como válida la suma asegurada amparada en el Certificado en todos los beneficios contratados siempre y cuando el asegurado esté dentro de los límites de aceptación cobrando o devolviendo la diferencia en primas que corresponda al final de la vigencia. Si resulta que la edad correcta estuviera fuera de los límites de admisión de la póliza, el contrato se rescindirá respecto del miembro del grupo cuya edad haya estado fuera del límite y el certificado individual carecerá de valor, por lo que será devuelta al Contratante sólo la parte no devengada del citado miembro.

**PROTECCION POR 30 DIAS MIENTRAS SE PRESENTAN PRUEBAS MEDICAS:** Se cubre por el total de suma asegurada que les corresponda a los asegurados que requieran presentar pruebas médicas por un periodo de 30 días contados a la fecha en que le sean notificadas éstas, sólo si el fallecimiento es a consecuencia de un accidente.

**INCREMENTOS AUTOMATICOS DE SUMAS ASEGURADAS:** Para aquellos asegurados que hayan presentado pruebas médicas con una antigüedad no mayor a 12 meses y que tales pruebas hayan sido dictaminadas como normales, no será necesario presentar requisitos médicos mientras sus incrementos de sueldo no rebasen el aumento de 10%, y se otorgará el 100% de cobertura tanto para la suma asegurada básica como para la de los beneficios adicionales. Esto sólo será de aplicación si dentro de las pruebas no se haya presentado un electrocardiograma. En caso de que figure dentro de las pruebas un electrocardiograma, la antigüedad no podrá ser mayor a 6 meses.

**REDUCCION DE PERIODO DE ESPERA:** Se reduce el periodo de espera para los beneficios de invalidez a quedar en 3 meses.

**APLICACION DEL PERIODO DE RECLAMACION POR ACCIDENTE:** Se amplía de 90 a 180 días en los casos en que el asegurado fallezca a consecuencia de un accidente, siempre y cuando de compruebe se encuentra emitida en la vigencia inmediata anterior.

**ANTIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES:** Amparado.

#### Notas Importantes

La prima antes mencionada es prima neta por lo que no incluye recargo por pago fraccionado ni derechos de póliza.

El presente estudio se realizó considerando que este seguro es una prestación que otorga la empresa contratante para el 100% del personal elegible, por lo que en caso contrario nuestra propuesta no será válida.

Únicamente se cubre a los empleados que se encuentran laboralmente activos e inscritos en el IMSS.

Para respetar el costo y condiciones presentadas deberá ingresar el 100% del personal cotizado, en caso contrario nuestra propuesta carecerá de validez.

**En caso de que se haya cotizado más de un subgrupo, la regla de suma asegurada para cada uno debe ser de aplicación general y de carácter no discriminatoria; en caso de emisión se sujetará a lo anterior.**

No se aceptan a asegurados inválidos o en proceso de ser declarados como tal, así como empleados de nuevo ingreso que se encuentren fuera de nuestros límites de aceptación.

**Se cotizó a todos los asegurados elegibles con la suma asegurada que le corresponde según la regla solicitada con un tope de \$10,000,000, sin embargo al emitir la póliza dichas sumas se limitarán a la SAME indicada. Para valorar si se otorga el excedente se deberán presentar las pruebas médicas que correspondan, quedando la aceptación del incremento sujeta al resultado de la valoración de las mismas.**

El presente estudio se realizó considerando las fechas de nacimiento o edad proporcionada por el agente por lo que si al momento de la emisión la edad de alguno de los participantes resulta ser diferente nuestra propuesta podrá variar.

La propuesta se realizó bajo la base que todos los participantes desarrollan actividades que representan un riesgo normal, por lo que si al conocer la actividad de cada participante se requiere la aplicación de alguna extraprima, nuestra propuesta podrá variar.

Lo no especificado en la presente cotización operará bajo las políticas y Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Empresarial.

Esta cotización tiene una vigencia de 30 días a partir de esta fecha.



Clave de Agente: 78594

Agente: ANC-006127-JIMENEZ HERNANDEZ LIZZETTE ALEJANDRA

---

César Abraham Esparza Escalera  
SUSCRIPCIÓN VIDA GRUPO  
MAPFRE México, S.A.

Cotización:

Folio

0

MAPFRE MÉXICO, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso Integral en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx)



# Seguro de Vida Grupo

La aceptación de los asegurados mayores a 69 años esta sujeta a la presentación del certificado de la compañía anterior que com la presenta propuesta.

| I. DATOS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Producto:                     | Temporal |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Razón Social:</li> <li>Vigencia:</li> <li>Grupo Asegurable:</li> <li>No. Participantes:</li> <li>Grupo formado por:</li> <li>Edad Actuarial:</li> <li>Regla para determinar la Suma Asegurada:</li> <li>Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos Médicos:</li> <li>No. Asegurados con Excedente:</li> <li>Ocupación principal del grupo:</li> <li>Participación del seguro:</li> </ul> |  | DIF ZAPOPAN                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | (1/3/2025 ) - (1/3/2026 )     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Empleados de Confianza        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 799                           |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 1 filiales                    |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 58                            |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Ver Pestaña de Costos         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$300,000                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 0                             |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | OTROS TRABAJADORES CON OCUPA  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Prestación Laboral            |          |
| II. CONDICIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                               |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Experiencia:</li> <li>Plan:</li> <li>Fórmula de Dividendos:</li> <li>Periodicidad del Dividendo:</li> <li>Tipo de Administración:</li> <li>Elegibilidad:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |  | Global                        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Sin Dividendos                |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | No aplica                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | No aplica                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Simplificada                  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | EMPL EADOS EN SERVICIO ACTIVO |          |
| III. COMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                               |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 20.00%                        |          |

| IV. RESUMEN DE COBERTURAS                |                                                                                                                              |                       |       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|
|                                          | Coberturas                                                                                                                   | Edad de Aceptación    | No. d |
| ADJ<br>CIO<br>BÁSICA<br>NAL<br>SERVICIOS | Fallecimiento (BASICO)                                                                                                       | De 15 a 70 años       |       |
|                                          | Anticipo de la Suma Asegurada (CUG)                                                                                          | CUG (De 15 a 70 años) |       |
|                                          | Indemnización por Servicios Funerarios (ISEF)                                                                                | De 15 a 70 años       |       |
|                                          | DURANTE LA CRISIS SANITARIA SE OTORGARÁ DE FORMA GRATUITA A TODOS LOS ASEGURADOS LAS CONSULTAS ILIMITADAS A TRAVES DE MÉDICA |                       |       |
|                                          | Asesoría telefónica                                                                                                          | Aplica                |       |

La prima está diseñada para pagarse de manera anual e incluye descuentos, por lo que en caso de optar por otra forma de pago (l periodicidad elegida:

| Forma de Pago | RPF   | Número de Pagos |  |
|---------------|-------|-----------------|--|
| Anual         | 0%    | 1               |  |
| Semestral     | 4.00% | 2               |  |
| Trimestral    | 6.30% | 4               |  |
| Mensual       | 0.00% | 12              |  |

| V. NOTAS IMPORTANTES                                                                                                                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| La presente propuesta de cotización se realizó considerando:                                                                                                                         |  |
| - La información de RIESGO PROPORCIONADA y los BENEFICIOS solicitados                                                                                                                |  |
| - El total de Suma Asegurada de cada uno de los miembros del grupo a asegurado de acuerdo a las políticas de aceptación                                                              |  |
| - La ocupación normal de las personas que rebasan la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos Médicos                                                                                    |  |
| - La actividad ocupacional de acuerdo al giro mencionado                                                                                                                             |  |
| La presente propuesta de cotización tiene una vigencia de quince (15) días naturales a partir de la fecha de expedición, salvo en el explícitamente una fecha de vigencia diferente. |  |

En caso de ser aceptada, GNP procederá a emitir la póliza respectiva, la cual le recomendamos que revise minuciosamente y con:

Una vez recibida la póliza, contará con 30 días para solicitar cualquier aclaración o corrección al respecto; al término de este perio. Sobre el Contrato de Seguro. En caso de que la información del riesgo con la que se emitió la póliza llegara a cambiar, será neces

Propuesta Vida Grupo

pruebe la cobertura del seguro de vida durante la vigencia inmediata anterior a

OT número:  
1572953 2024-12

ACIONES INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS

| e Asegurados                                           | Suma Asegurada    | Prima Anual   |
|--------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 799.00                                                 | \$ 261,000,000.00 | \$ 712,643.93 |
| Amparada                                               |                   |               |
| 799.00                                                 | \$ 4,350,000.00   | \$ 22,010.73  |
| COBERTURAS ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA Y VIDEO MÓVIL |                   |               |
| Amparada                                               |                   |               |

fraccionado), se aplicará el recargo vigente correspondiente a la

De

\$734,654.66

l caso en que los documentos que la acompañan y conforman mencionen

state que concuerda con su solicitud y con esta propuesta de cotización.

do se entenderá por aceptada, de conformidad con el Art. 25 de la Ley  
ano realizar una nueva solicitud por escrito a GNP

En caso de Emisión\* será necesario anexar a la solicitud la documentación requerida por el artículo 140 de la LGISMS.

\*Esto no aplica para negocios de Renovación que cuenten con la documentación completa

#### **Sobre los Excedentes**

En caso de existir miembros con una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima Sin Requisitos Médicos (SAMSEM), Requisitos Médicos de Grupo Vida (Según Anexo 1).

Por esta razón, las condiciones y costos del excedente podrían variar con respecto del grupo.

Las primas correspondientes a las Sumas Aseguradas por excedentes no participan en la devolución del pago de dividendos. Los demás términos y condiciones no nombrados, se cubrirán de acuerdo a las Condiciones Generales de GNP.

#### **Sobre la Elegibilidad**

En caso de que la elegibilidad descrita en la presente propuesta, de existir reclamaciones es necesario presentar la siguiente documentación:

**Empleados en Servicio Activo:** Talón de pago a la fecha de fallecimiento no mayor a 15 días, baja por parte del IMSS, ISSSTE o el Patrono.  
**Socios:** Acta constitutiva donde se mencione que es socio o accionista de la empresa.

**Vendedores:** Facturas de Honorarios, Último recibo de nómina anterior al fallecimiento.

**Comisionistas:** Facturas de honorarios anteriores al fallecimiento y Contrato con la periodicidad del mismo.

**Miembros de una Asociación:** Comprobante del pago de la membresía/anualidad, credencial de miembro vigente.

**Padre y/o Tutor:** Acta de nacimiento que compruebe el parentesco y/o Documento legal de Tutoría, adicional un voucher de pago.

**Eligatarios:** Documento que compruebe la adición al Sindicato.

**Deudores:** Contrato de Consumo entre el Contratante y el Asegurado, carta remanente y estados de cuenta.

**Agremiados:**

**Jubilados:** Talón de Pago, Credencial de Jubilado.

**Incapacitado/ Pensionado:** Talón de Pago, Documento que confirme el periodo de incapacidad del IMSS o ISSSTE

**Suscriptor:**

**MAURY DE LOS ANGELES FLORES SERRANO**

**Gerente Suscripción:**

**JOSE ANTONIO VELAZQUEZ VILLALÓN**

tendrán que presentar las pruebas médicas de acuerdo con la Tabla de

dos.

mentación con base en la contratación del asegurado en cuestión.

equivalente posterior al fallecimiento.

de la colegiatura.

Agente : Clave :

Fecha de Elaboración

10/01/2025



## SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZAPOPAN, JALISCO PRESENTE

Con base en la siguiente información se presenta la propuesta **NO VINCULANTE** de la solicitud para el Estudio de mercado del Seguro Institucional de Vida Grupo sin Participación de las Utilidades, según corresponda.

| CONCEPTO                     | DESCRIPCIÓN                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Contratante</b>           | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZAPOPAN, JALISCO |
| <b>No. de Póliza</b>         | Nuevo Negocio                                                         |
| <b>Vigencia de la Póliza</b> | ANUAL<br>A partir la aceptación de la propuesta                       |
| <b>Ramo / Subramo</b>        | 1005 GRUPO VIDA PÚBLICO                                               |

|                                                                                                  |                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Colectividad Asegurada:</b>                                                                   | TRABAJADORES ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN                                                                                          |
| <b>Número Total de Asegurados (conforme al listado inicial proporcionado por el contratante)</b> | Total: 870                                                                                                                            |
| <b>Porcentaje del número de asegurados necesario para garantizar la cotización</b>               | 100% (con una variación de +/-10% con respecto al número de asegurados cotizado)                                                      |
| <b>Forma de Pago de la Prima</b>                                                                 | Anual                                                                                                                                 |
| <b>Vigencia de la Propuesta</b>                                                                  | La vigencia de la oferta contenida en este documento (SATI), es de 60 días naturales contados a partir de la fecha de esta propuesta. |
| <b>Distribución del pago de Primas</b>                                                           | Contratante: 100%<br>Asegurado: 0%                                                                                                    |
| <b>Este seguro garantiza prestaciones u obligaciones del contratante (SI / NO)</b>               | Si                                                                                                                                    |

|                                               |                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Esquema de Administración de la póliza</b> | <b>Póliza Autoadministrada ( Si )</b> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|

El Contratante debe declarar todos los aspectos importantes para la apreciación del riesgo, tal como lo conozca o deba de conocer

| <b>COBERTURAS</b>                                                                | <b>REGLA DE SUMA ASEGURADA</b>                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura Básica</b><br>Fallecimiento (por cualquier causa, incluye suicidio) | \$300,000.00                                                                                                                                                          |
| <b>Gastos Funerarios</b>                                                         | \$5,000.00                                                                                                                                                            |
| <b>Anticipo de Suma Asegurada para Enfermedades Terminales</b>                   | 30% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento. El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento. |

Con base en la información proporcionada en su solicitud para el Estudio de mercado del Seguro Institucional de Vida Grupo sin Participación de las Utilidades, remitimos la cotización correspondiente:

| <b>CONCEPTO</b>                         | <b>DESCRIPCIÓN</b> |
|-----------------------------------------|--------------------|
| Cuota anual al millar de Suma Asegurada | 4.26%              |
| Monto Total de Prima Neta Anual*        | \$932,134.68       |

**\*Esta prima considera sólo el número de asegurados mencionado anteriormente.**

Es importante señalar las siguientes consideraciones:

- Esta cotización se realizó con la información de distribución de asegurados proporcionada por el Contratante al área de Ventas Institucional Gobierno, por lo que en caso de aceptación de la cotización si la información cambia al momento de la emisión, se deberá aplicar la prima expresada en porcentaje del sueldo tabular mensual al nuevo monto de nómina mensual.
- Edades de Aceptación y Cancelación.

| LÍMITES DE EDAD | FALLECIMIENTO -<br>GASTOS FUNERARIOS -<br>ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA<br>PARA ENFERMEDADES<br>TERMINALES |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aceptación:     | Sin límite                                                                                              |
| Cancelación:    | Sin límite                                                                                              |

- El costo presentado corresponde a forma de pago Anual, y en caso de que la prima solicitada por el Contratante sea de forma mensual, trimestral o semestral se aplicará la tasa de recargo por pago fraccionado correspondiente.

| FORMA DE PAGO | RECARGO |
|---------------|---------|
| Mensual       | 7.80%   |
| Trimestral    | 6.0%    |
| Semestral     | 4.0%    |

- El Contratante deberá remitir a la Aseguradora la actualización del registro de asegurados, así como montos de S.A. de la cual podrían ser objeto en caso de siniestro conforme lo dispone el artículo 13 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades al final de cada mes o según se acuerde con el Contratante, el listado de asegurados que consigne nombre, R.F.C o fecha de nacimiento, sexo, puesto y salario mensual base.
- En caso de siniestro aquel asegurado que no se encuentre en el registro de asegurados actualizado no será objeto de cobertura, así también si existe discrepancia entre el sueldo tabular mensual declarado que sirve de base para el pago de prima, si éste es menor al indicado en el recibo de pago, prevalecerá el establecido en el registro de asegurados.
- Es importante señalar que en caso de que el Contratante acepte la presente propuesta, le solicito nos lo haga saber para proceder al respecto.
- La comisión debe ser notificada al contratante, así como el nombre del intermediario.
- La determinación de las condiciones y costos del estudio se efectuaron con base en la información proporcionada, por lo que de cambiar ésta, cambiará la cotización y los costos.
- Esta propuesta queda sujeta a la aprobación de recursos presupuestales para el Cliente y en función del seguro de personas que en la misma se indica, así como a la no contravención de disposiciones legales en materia de austeridad. En caso de que el Cliente no obtenga el presupuesto señalado o bien, la contratación del seguro se ubique en algún supuesto de contravención a la legislación vigente, MetLife quedará deslindada sin responsabilidad o compromiso alguno, a partir del momento en que ésta tenga conocimiento de dicho supuesto. En caso de emisión de la póliza estas disposiciones serán plasmadas en el cláusulado de las Condiciones Generales.

- De conformidad a su instrucción, el esquema de administración de la póliza de seguro propuesta en lo referente a consentimiento para ser asegurado, designación de beneficiarios, entrega de certificados individuales, altas y bajas del Grupo, será el de Auto-administración a su cargo, por lo que se emitirá el endoso correspondiente.
- Para la emisión de esta póliza será necesario que el contratante manifieste su aceptación a esta oferta e indique adicionalmente la recepción de:
- El Folleto explicativo sobre los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro. Y la confirmación de su Aceptación para que la documentación contractual del seguro le pudiera ser entregada en algún medio electrónico o bien enviado a su Correo Electrónico, indicando la dirección del mismo.

**“El contratante, con la aceptación de la presente propuesta, se obliga a entregar o actualizar el expediente de identificación del SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZAPOPAN, JALISCO con lo cual dará cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 4 de abril de 2013”.**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el monto de prima establecido para el periodo de vigencia del seguro propuesto se adeudará en su totalidad aun cuando esta aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

Para cualquier duda o aclaración al respecto, quedo a sus órdenes.

**ATENTAMENTE**



**Alejandro Jiménez  
Ejecutivo Comercial  
Negocio Institucional Gobierno**