

# SOLICITUD DEL PLAN BÁSICO ESTANDARIZADO SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL



Solicitud No. \_\_\_\_\_

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar).

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

## DATOS DEL SOLICITANTE

### Nombre completo del Solicitante

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ día / mes / año \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado de Nacimiento \_\_\_\_\_  
En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si  No

## DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_  
R.F.C. con homoclave \_\_\_\_\_  
CURP \_\_\_\_\_  
Profesión u Ocupación Principal \_\_\_\_\_  
Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores \_\_\_\_\_  
Giro de la Empresa \_\_\_\_\_  
Domicilio del lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Alguna otra ocupación \_\_\_\_\_  
Describa en que consisten sus labores \_\_\_\_\_  
Empresa en que desempeña sus labores \_\_\_\_\_

## DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior \_\_\_\_\_ Número Interior \_\_\_\_\_  
Colonia \_\_\_\_\_ Ciudad o Población \_\_\_\_\_  
Municipio o Delegación \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_  
Teléfono Oficina \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al Solicitante)

### Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante \_\_\_\_\_  
R.F.C. con Homoclave \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

## DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número Exterior \_\_\_\_\_ Número Interior \_\_\_\_\_  
Colonia \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_  
Ciudad o Población \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan Temporal a 5 años Renovable

Suma Asegurada (Moneda Nacional)

Forma de pago

100,000  200,000  300,000

ANUAL

(Elegir sólo una opción)

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

**Advertencias:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s) del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## OTROS SEGUROS DE VIDA

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? Sí  No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí  No

En caso afirmativo ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MÉDICO

Peso \_\_\_\_\_ kg. Talla \_\_\_\_\_ cm. Fuma \_\_\_\_\_

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

1. Diabetes Sí  No
2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma Sí  No
3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus Sí  No
4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática Sí  No
5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón Sí  No
6. Insuficiencia renal o pancreatitis Sí  No
7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral Sí  No
8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH Sí  No

## AUTORIZACIÓN. De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/ o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi

expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V., la información de su conocimiento y que a su vez Insignia Life S.A. de C.V., proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador, la información que se requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

### PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s) \_\_\_\_\_  
Clave \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

Nombre completo del Promotor \_\_\_\_\_  
Clave \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. de Promotoría	Participación	Firma del Agente
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí  No

Ponemos a su disposición nuestro Centro de Atención a Clientes el cual atenderá sus dudas o aclaraciones en el teléfono 01800 00 55555 o en el correo electrónico: [atencionclientes@insignialife.com](mailto:atencionclientes@insignialife.com) o visite nuestra página web: [www.insignialife.com](http://www.insignialife.com)

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 01800 99 98080 • [webmaster@condusef.gob.mx](mailto:webmaster@condusef.gob.mx) • [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

“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(los) registro(s) número CNSF-S0111-0715-2009 de fecha 25 de septiembre de 2009”.

### AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life, S.A. de C.V., con domicilio en Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, hace de su conocimiento que será el responsable del tratamiento de sus datos personales, financieros y sensibles, los cuales serán tratados para las siguientes finalidades que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Insignia Life y usted: I) evaluación de solicitudes y contratación de productos o servicios; II) cumplir obligaciones de prestación de servicios; III) realizar procedimientos de cobranza; IV) llevar a cabo auditorías a Insignia Life, sus filiales o subsidiarias; V) crear un historial de antigüedad como asegurado; VI) crear bases de datos para la prestación de nuestros servicios; VII) para efectos de suscripción, valoración del riesgo y en su caso la contratación de reaseguros y VIII) contactarlo y atender cualquiera de sus quejas, preguntas o sugerencias.

Adicionalmente, su información personal será utilizada para las siguientes finalidades que no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Insignia Life y usted: I) llevar a cabo fines publicitarios o de prospección comercial y II) crear bases de datos para fines de investigación, estadísticos o de mercado, así como para medir la calidad de los servicios de Insignia Life. Usted podrá ponerse en comunicación con nosotros a través de nuestros datos de contacto y manifestarnos su negativa para el tratamiento de sus datos personales con relación a las finalidades inmediatas anteriores dentro del plazo de 5 días hábiles posteriores a la firma del presente.

Usted podrá acceder a nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento a través de nuestro sitio web [www.insignialife.com](http://www.insignialife.com), solicitándolo en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico [atencionaclientes@insignialife.com](mailto:atencionaclientes@insignialife.com)

Manifiesto que Insignia Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones del mismo y acepto que mis datos personales sean transferidos en los términos que en el mismo se señalan.

---

Firma del PADRE, TUTOR  
O REPRESENTANTE LEGAL  
(sólo en caso de menores)

---

Firma del SOLICITANTE

---

Firma del CONTRATANTE