

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 o visite nuestra página web: 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 • 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 Av. Paseo de la Reforma 2654, piso 18, Colonia Lomas Altas, C.P. 11950 en México, Distrito Federal, 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, solicitándolo en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico 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