

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Declaración que debe(n) llenar el (los) beneficiarios

N° de Póliza
N° de Certificado
Siniestro

SEGUROS DE VIDA CONTRATADOS POR EL FINADO A INSIGNIA LIFE S.A. DE C.V.

No. de Póliza	No. de Certificado	Suma Asegurada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS SEGUROS DE VIDA CONTRATADOS POR EL FINADO

Compañía	No. de póliza	No. de certificado	Suma asegurada	Fecha de emisión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Apellido paterno, materno y nombres(s) del solicitante Fecha de Nacimiento
dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave obligatorio) CURP (Obligatorio) Teléfono c/Lada

Nacionalidad Pasaporte/FM3/IFE

De que institución era derechohabiente Número de afiliación

Domicilio

Calle (N° exterior/interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (estado)

Lugar y domicilio donde trabajaba

Actividad o giro del lugar donde trabajaba

Ocupación cuando ocurrió el fallecimiento

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO

Apellido paterno, materno y nombre(s) Teléfono c/Lada Fecha de la última consulta

Domicilio Cédula profesional

Insignia Life, S.A. de C.V.

Apellido paterno, materno y nombre(s) Teléfono c/Lada Fecha de la última consulta

Domicilio Cédula profesional

Apellido paterno, materno y nombre(s) Teléfono c/Lada Fecha de la última consulta

Domicilio Cédula profesional

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Tipo de fallecimiento: Accidente Enfermedad Suicidio Homicidio Fecha de defunción

Causas de la muerte

Lugar de defunción

Describa brevemente los hechos del fallecimiento tal como los conozca

¿Sabe(n) usted(es) si en alguna ocasión el asegurado consultó a algún médico? SI NO

Si su respuesta es afirmativa indique(n) las causa(s), lugar(es) y fecha(s)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Datos de los beneficiarios que con el llenado de este formulario presenta(n) reclamación a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. al amparo de la póliza

Datos del beneficiario (llenar únicamente si es persona moral)

Nombre del representante legal: Apellido paterno, materno y nombre(s) Nombre de la empresa

R.F.C. (con homoclave obligatorio) Teléfono c/Lada (Obligatorio) Fax c/Lada

Fecha de constitución de la empresa Entidad federativa del establecimiento (Obligatorio)

Domicilio

Calle (Nº exterior/interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población País

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (estado)

Insignia Life, S.A. de C.V.

E-mail Página de internet

Giro mercantil, actividad u objeto social

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato es verídica.

AUTORIZACIÓN

En todos los casos INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 69 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, que otorgue a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

SOLICITUD DE PAGO DE FINIQUITO

Orden de pago Transferencia

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa a los derechos inherentes a la póliza citada en la referencia; por este medio solicito(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el pago por medio de la forma acordada (transferencia/cheque). En el momento en que reciba(amos) el total del pago, otorgo(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma del pago será recibida de conformidad mediante la forma de pago seleccionada.

DATOS PARA EFECTUAR EL PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

(Agregar copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario)

CLABE Interbancaria de 18 dígitos (Obligatoria)

No. de cuenta Tipo de cuenta

Banco Plaza Sucursal

La anterior información recabada, es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial).

Lugar y fecha

Firma del REPRESENTANTE LEGAL

DATOS DEL BENEFICIARIO (PERSONA FÍSICA)

Apellido paterno, materno y nombres(s) Fecha de Nacimiento

dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave obligatorio) CURP (Obligatorio) Género

F M

Insignia Life, S.A. de C.V.

Lugar de Residencia Teléfono c/Lada

Nacionalidad Parentesco Identificación que presenta Pasaporte/FM3/IFE

Domicilio

Calle (N° exterior/interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población País

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (estado)

Entidad federativa de nacimiento Teléfono particular c/Lada (Obligatorio)

Celular c/Lada Ocupación E-mail (Obligatorio)

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato es verídica.

AUTORIZACIÓN

En todos los casos INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 69 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, que otorgue a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

SOLICITUD DE PAGO DE FINIQUITO

Orden de pago Transferencia

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa a los derechos inherentes a la póliza citada en la referencia; por este medio solicito(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el pago por medio de la forma acordada (transferencia/cheque). En el momento en que reciba(amos) el total del pago, otorgo(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma del pago será recibida de conformidad mediante la forma de pago seleccionada.

Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria

(Agregar copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario)

CLABE Interbancaria de 18 dígitos (Obligatoria)

No. de cuenta Tipo de cuenta

Banco Plaza Sucursal

La anterior información recabada, es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial).

Insignia Life, S.A. de C.V.

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Paseo de la Reforma 234 piso 6, Colonia Juárez C.P. 06600. Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/

Lugar y fecha

Firma del BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO (PERSONA FÍSICA)

Apellido paterno, materno y nombres(s)		Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>		dd / mm / aaaa
R.F.C. (con homoclave obligatorio)	CURP (Obligatorio)	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nacionalidad	Parentesco	Identificación que presenta Pasaporte/FM3/IFE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio

Calle (N° exterior/interior)	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	Ciudad / Población	<input type="text"/>
Alcaldía / Municipio	<input type="text"/>	Entidad federativa (estado)	<input type="text"/>
Entidad federativa de nacimiento	<input type="text"/>	Teléfono particular c/Lada (Obligatorio)	<input type="text"/>
Celular c/Lada	<input type="text"/>	Ocupación	<input type="text"/>
		E-mail (Obligatorio)	<input type="text"/>

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato es verídica.

AUTORIZACIÓN

En todos los casos INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 69 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, que otorgue a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

SOLICITUD DE PAGO DE FINIQUITO

- Orden de Pago Transferencia

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa a los derechos inherentes a la póliza citada en la referencia; por este medio solicito(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el pago por medio de la forma acordada (transferencia/cheque). En el momento en que reciba(amos) el total del pago, otorgo(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma del pago será recibida de conformidad mediante la forma de pago seleccionada.

Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria

(Agregar copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario)

CLABE Interbancaria de 18 dígitos (Obligatoria)

No. de cuenta Tipo de cuenta

Banco Plaza Sucursal

La anterior información recabada, es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial).

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Paseo de la Reforma 234 piso 6, Colonia Juárez C.P. 06600. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/

Lugar y fecha

Firma del BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO (PERSONA FÍSICA)

Apellido paterno, materno y nombres(s) Fecha de Nacimiento

dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave obligatorio) CURP (Obligatorio) Género

F M

Nacionalidad Parentesco Identificación que presenta Pasaporte/FM3/IFE

Domicilio

Calle (Nº exterior/interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población

Insignia Life, S.A. de C.V.

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (estado)
Entidad federativa de nacimiento Teléfono particular c/Lada (Obligatorio)
Celular c/Lada Ocupación E-mail (Obligatorio)

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato es verídica.

AUTORIZACIÓN

En todos los casos INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 69 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.

Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, que otorgue a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

SOLICITUD DE PAGO DE FINIQUITO

- Orden de pago Transferencia

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa a los derechos inherentes a la póliza citada en la referencia; por este medio solicito(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el pago por medio de la forma acordada (transferencia/cheque). En el momento en que reciba(amos) el total del pago, otorgo(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma del pago será recibida de conformidad mediante la forma de pago seleccionada.

Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria

(Agregar copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario)

CLABE Interbancaria de 18 dígitos (Obligatoria)
No. de cuenta Tipo de cuenta
Banco Plaza Sucursal

La anterior información recabada, es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial).

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Paseo de la Reforma 234 piso 6, Colonia Juárez C.P. 06600. Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/

Lugar y fecha

Firma del BENEFICIARIO

Insignia Life, S.A. de C.V.

DATOS DE LOS TESTIGOS

Los testigos que firman a continuación hacen constar que este documento ha sido requisitado y firmado en su presencia y que conocen a los beneficiarios mencionados, quienes protestaron que sus respuestas son verdaderas.

(Los testigos no deben ser familiares de los beneficiarios)

Datos del testigo

Apellido paterno, materno y nombres(s)

Edad

Nacionalidad Estado civil: Soltero Casado Divorciado Unión libre

Domicilio

Calle (Nº exterior/interior)

Colonia

Código postal

Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio

Entidad federativa (estado)

Entidad federativa (estado)

CURP/Pasaporte/FM3/IFE

Ocupación

Teléfono particular c/Lada

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Paseo de la Reforma 234 piso 6, Colonia Juárez C.P. 06600. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/

Lugar y fecha

Firma del TESTIGO