











## DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

### 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/orden de pago). 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/](http://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

DULRDQLLVRBORQLDDQD)DMLP DOSDOFDOGtDDMLPDOSDGRUORVIGDGGpLFR

## DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

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/orden de pago). 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/](http://www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/)

Lugar y fecha

Firma del BENEFICIARIO

# DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

## 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 (N° 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/](http://www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/)

Lugar y fecha

Firma del TESTIGO