

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Insignia Life S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Esta solicitud debe ser llenada por el Contratante y/o Solicitante a mano con letra de molde legible en tinta azul o negra.

Muy importante para los solicitantes, debe leerse antes de llenar la solicitud de seguro

"Se previene al solicitante que conforme a los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración podría originar durante el periodo de disputabilidad del contrato, de acuerdo con la cláusula "Indisputabilidad" de la Póliza, la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso."

DATOS DEL CONTRATANTE				
Nombre o razón social del Contratante			Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	
DOMICILIO				
Calle		Número exterior	Número interior	Código Postal
Colonia	Delegación / Municipio		Ciudad / Población	
Entidad federativa (Estado)	País	Teléfono: Lada ()		Giro del contratante:
E-mail	Tipo de Domicilio:		Fiscal ☐	Oficina ☐ Particular ☐
CARACTERISTICAS DEL SEGURO				
Vigencia Solicitada	Desde dd / mm / aaaa		Hasta dd / mm / aaaa	
Forma de Pago de la prima	Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐			
Moneda	Contribución de los asegurados a la prima		%	
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES		TIPO DE TARIFA		
Si ☐	No ☐	Experiencia global: ☐		
		Experiencia propia: ☐		
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE				
Descripción				
Relación que tiene el grupo asegurable con el Contratante				
¿El objeto del seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? Si ☐ No ☐				
Número de personas que integran la empresa		Número de personas que forman parte del grupo	Número de Personas que formarán parte del grupo	
El solicitante adjunta a esta solicitud los datos de fecha de nacimiento o edad y sexo de las personas que conforman el grupo asegurable y los datos complementarios para determinar quienes cumplen con las características antes señaladas.				
¿Considera que existen circunstancias que puedan ser determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del Grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos?				Si ☐ No ☐

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

SUBGRUPOS			
Número subgrupo	Número de participantes	Descripción	Actividad Principal de los integrantes del subgrupo
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS POR SUBGRUPO			
Número subgrupo	Cobertura		Suma asegurada o regla para determinarla

Declaro que el origen y procedencia de los recursos con que realizaré el pago de primas de seguro son de mi propiedad y proceden de actividades lícitas. Manifiesto que terceros no utilizarán recursos provenientes de actividades ilícitas para pagar con mi consentimiento en las cuentas, contratos que opero y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo por cuenta propia cualquier responsabilidad que se genere por actuar ante esta institución en contravención a lo dispuesto en este documento y/o en el seguro que se emita en relación con esta solicitud.

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato, recibiendo a cambio los beneficios que se deriven del mismo. Hago constar que me he enterado detenidamente de las condiciones generales, que forman parte del contrato de seguro solicitado, en las cuales se establecen las limitaciones y exclusiones que se aplican al mismo; que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como solicitante. Así mismo manifiesto se me hizo saber que puedo consultarlas en la página de Internet www.insignialife.com

Recibí la información total y completa del seguro que se propone Sí ☐ No ☐

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

Autorizo expresamente recibir de Insignia Life, S.A. de C.V., información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o por vía telefónica, respecto de los productos de seguro que ofrece al público en general Si ☐ No ☐

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo revocar mi autorización y oponerme a que mi información sea utilizada para los fines señalados, siempre que lo manifieste por escrito a Insignia Life, S.A. de C.V. por lo que una vez que manifieste mi oposición, Insignia Life, S.A. de C.V., quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

En caso de que la Compañía acepte esta propuesta de aseguramiento, expresamente solicito y autorizo que me sea enviada vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información relativa Si ☐ No ☐ a la siguiente dirección: _____@_____.

Lugar y fecha

Firma del representante o apoderado legal

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, Centro de Atención Telefónica 800 00 55555 atencionclientes@insignialife.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día _ de _ de 2025, con el número _.

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, de manera amplia y detallada entre otras cosas: El alcance real de las coberturas, forma de conservarla o darla por terminada, la importancia de declarar 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 para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Hacemos de su conocimiento lo dispuesto por el artículo 506 fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas: Se impondrá pena de prisión de uno a doce años y multa de 500 a 5000 Días de Salario a los agentes de seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculten a una Institución de Seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.

DATOS DEL AGENTE			
Clave de agente 1	Apellido paterno, materno, nombre(s)		Clave de promotoría
% Participación	Teléfono/Lada	Correo electrónico	Firma
Clave de agente 2	Apellido paterno, materno, nombre(s)		Clave de promotoría
% Participación	Teléfono/Lada	Correo electrónico	Firma
Clave de agente 3	Apellido paterno, materno, nombre(s)		Clave de promotoría
% Participación	Teléfono/Lada	Correo electrónico	Firma

Observaciones: _____

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com