

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Este documento sólo 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 Alcaldía / Municipio

Entidad Federativa (Estado) País

Ciudad / Población Tipo de Domicilio ☐ Fiscal ☐ Oficina ☐ Particular

Teléfono Lada Giro del Contratante

e-Mail

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Vigencia Solicitada Desde Hasta

Forma de Pago de la prima ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Moneda Contribución de los asegurados a la prima %

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES ☐ Sí ☐ No

TIPO DE TARIFA ☐ Experiencia global ☐ Experiencia propia

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE

Descripción

Relación que tiene el grupo asegurable del Contratante

¿El objeto del seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? ☐ Sí ☐ No

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.insignialife.com

SOLICITUD DE SEGURO
VIDA GRUPO

Número de personas que integran la empresa
Número de personas que forman parte de la empresa
Número de personas que forman 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?
Sí No

Table with 4 columns: SUBGRUPOS, Número subgrupo, Número de participantes, Descripción, and Actividad principal de los integrantes del subgrupo.

Table with 3 columns: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS POR SUBGRUPO, Número subgrupo, Cobertura, and Suma Asegurada o regla para determinarla.

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

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.insignialife.com

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

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

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 ☒ Sí ☐ 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 ☒ Sí ☐ No a la siguiente dirección

Lugar y fecha de solicitud:

Firma del representante o apoderado legal

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

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.insignialife.com

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

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., Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle Nte., Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

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 25 de octubre de 2016, con el número CGEN-S0111-0157-2016 / CONDUSEF-002259-04.

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO
Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL.

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

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.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.

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.insignialife.com