

**CONSENTIMIENTO / CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA DE GRUPO**

No. de Póliza	Vigencia de la póliza		No. de Certificado	Vigencia del certificado	
	Desde	Hasta		Desde	Hasta
	12 hrs	12 hrs		12 hrs	12 hrs
Datos del Contratante					
Nombre o Razón Social del Contratante					
Datos del Asegurado					
Apellido paterno, materno y nombre(s)					
Registro Federal de Contribuyentes (con homo clave)			Fecha de Nacimiento	Sexo	
			dd mm aaaa	☐ Femenino ☐ Masculino	
Ocupación actual					
Fecha de ingreso a la empresa		Fecha de alta		Ingreso mensual	
dd mm aaaa		dd mm aaaa			
Regla para determinar la suma asegurada					
Subgrupo (en caso de existir)					
Regla para determinar la suma asegurada			Contribución del Asegurado al pago de la prima		
Detalle de coberturas					
Nombre de la cobertura				Suma Asegurada	
Beneficiarios					
Apellido paterno, materno y nombre(s)		Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje	
Advertencia: En 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 designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.					

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el (día) de (mes) de (año).

Firma del Asegurado	Funcionario Autorizado
---------------------	------------------------

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 1 de Abril de 2015, con el número CNSF-S0111-0219-2015 / CONDUSEF-002333-04.

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. No obstante lo anterior, 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., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado _____

Fecha _____

Firma _____

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
atencionaclientes@insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 162 Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica. 5340 0999 y 01800 99 98080, webmaster@condusef.gob.mx
www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la

Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

i. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

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