

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

MUY IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES, DEBE LEERSE ANTES DE LLENARSE

Se previene al solicitante que, conforme a los artículos 8 y 47 de la LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, se encuentra obligado a 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 omisión 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.

Sección I. Contratante / Solicitante

Datos generales del contratante

Persona Moral ☒

*Fecha de constitución de la empresa dd / mm / aaaa *Folio mercantil *Giro

*Razón social de la empresa

*Régimen fiscal

Dirección de la empresa

*Calle *Núm. exterior Núm. interior *Código Postal

*Colonia *Alcalde / Municipio Ciudad y Estado

*Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave) *Teléfono

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del representante legal

*Clave Única de Registro de Población (CURP) *Correo electrónico

Persona Física ☐

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ *Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa *Nacionalidad

*Lugar de nacimiento Lugar de residencia

*Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave) Estado civil ☐ Soltero / Divorciado / Viudo ☐ Casado / Unión libre

*Régimen fiscal

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

*Clave Única de Registro de Población (CURP) *Teléfono celular

Otro teléfono *Correo electrónico

Facebook Instagram

Domicilio

*Calle *Núm. exterior Núm. interior *Código Postal

*Colonia *Alcaldía / Municipio Ciudad y Estado

Ocupación

*Principal Ocupación / Profesión Empresa o dependencia donde trabaja

Giro de la empresa Puesto y breve descripción de labores

*Ingreso mensual acumulado

Datos generales de quien ejerce la patria potestad o tutor (en caso del plan educacional)

Nota: llenar sólo en caso de que sea diferente al contratante

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ *Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa Lugar de nacimiento

*Lugar de residencia *Ocupación

*Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave) *Teléfono celular

*Clave Única de Registro de Población (CURP) Otro teléfono

*Correo electrónico

Facebook Instagram

Datos generales del solicitante

Nota: llenar sólo en caso de que sea diferente al contratante o en los planes educacionales llenar con los datos del menor

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ *Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa *Lugar de nacimiento

*Lugar de residencia **Estado civil** ☐ Soltero / Divorciado / Viudo ☐ Casado / Unión libre

*Nacionalidad *Ocupación

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

*Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave)

FacebookInstagram

*Clave Única de Registro de Población (CURP)

*Teléfono celular

Otro teléfono

*Correo electrónico

FacebookInstagram

Domicilio del solicitante

Nota: llenar sólo si es diferente al contratante

*Calle

*Núm. exterior

*Núm. interior

*Código Postal

*Colonia

*Alcaldía / Municipio

*Ciudad y Estado

Ocupación

Nota: llenar sólo si es diferente al contratante

*Principal Ocupación / Profesión

Empresa o dependencia donde trabaja

Giro de la empresa

Puesto y breve descripción de labores

*Ingreso mensual acumulado

*Relación del contratante con el solicitante:

Cónyuge

Concubino(a)

Padre

Madre

Hijo(a)

Otro (especifique)

*Campos de llenado obligatorio.

Sección II. Plan, Coberturas y Beneficiarios

Especifique el o los planes que desea contratar

Plan	Nombre del plan												
1	Plazo de seguro				Plazo de pago				Suma asegurada				
	Moneda: Nacional, Dólares o UDIS				Tipo de cobertura*		A ☐ B ☐		Prima ahorro*				
	Artículo fiscal al que se hará afecto*				151 ☐	185 ☐	27 ☐	No deducible ☐	% de retorno de primas*		100% ☐	75% ☐	50% ☐
Plan	Nombre del plan												
2	Plazo de seguro				Plazo de pago				Suma asegurada				
	Moneda: Nacional, Dólares o UDIS				Tipo de cobertura*		A ☐ B ☐		Prima ahorro*				
	Artículo fiscal al que se hará afecto**				151 ☐	185 ☐	27 ☐	No deducible ☐	% de retorno de primas*		100% ☐	75% ☐	50% ☐

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Plan	Nombre del plan									
	Plazo de seguro			Plazo de pago			Suma asegurada			
	Moneda: Nacional, Dólares o UDIS			Tipo de cobertura*		A ☐ B ☐		Prima ahorro*		
	Artículo fiscal al que se hará afecto**		151 ☐ 185 ☐ 27 ☐ No deducible ☐	% de retorno de primas*		100% ☐ 75% ☐ 50% ☐ 25% ☐				

*Sólo aplica para los productos que otorguen esta característica.
**Sólo aplica para los planes que cuenten con beneficio fiscal los cuales pueden ser: Art. 151 Fracc. V PPR / Art. 185 / Art. 27 Fracc. XII. Persona Clave / No deducible (sólo se puede elegir una opción por cada plan).

En caso de elegir un plan educacional, especificar la edad del menor

Especifique la suma asegurada de las coberturas adicionales que desea contratar para el o los planes elegidos anteriormente
NOTA: los beneficios adicionales a contratar forzosamente deben de tener una cobertura básica asociada.

Plan	MA**	MAPO**	SAIT*	BEPP/BECS***	DCP*
1				Incluir ☐ No Incluir ☐	
2				Incluir ☐ No Incluir ☐	
3				Incluir ☐ No Incluir ☐	

*Colocar el importe que desea aportar al Dotal a Corto Plazo. En caso de que desee que el DCP sea cobrado periódicamente indique la periodicidad:
☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

**Coberturas excluyentes, es decir, no se pueden contratar en conjunto.
***Sólo aplica cuando el contratante es el mismo solicitante.

MA: Muerte Accidental
MAPO: Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas

SAIT: Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
BEPP: Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.

BECS: Beneficio de Exención de Costos del Seguro (Seguro Universal)
DCP: Dotal a Corto Plazo

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Designación de beneficiarios

Nota importante: El asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.

Si en alguno de los beneficiarios se designa a un fideicomiso, será obligatorio llenar el formato de Adhesión al Fideicomiso.

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para 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.

Número	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje*
1		dd / mm / aaaa		%
2		dd / mm / aaaa		%
3		dd / mm / aaaa		%
4		dd / mm / aaaa		%
5		dd / mm / aaaa		%

Los beneficiarios antes asignados residen en el mismo domicilio que el contratante ☐ Sí ☐ No
En caso de que su respuesta sea negativa llenar el Anexo domicilios de beneficiarios.

*La suma debe ser: 100%

En caso de fallecimiento del Beneficiario designado anteriormente o que este sea menor de edad, entregar la indemnización a:

Número	Beneficiario contingente: Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
1			%
2			%
3			%
4			%
5			%

*En caso de solicitar más de un plan, y designar distintos beneficiarios a los ya indicados, favor de llenar el Anexo Designación de Beneficiarios

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Sección III. Historial de seguros

¿Tienes seguros de vida en vigor con otra aseguradora? Sí ☐ No ☐

(No considerar seguros derivados de algún crédito o aquellos que fueron contratados en forma grupal o colectiva como prestación, los que se incluyan de manera gratuita en tarjetas de crédito).

En caso de tener otros seguros de vida en vigor, favor de indicar:

Aseguradora	Antigüedad	Plan	Suma asegurada	Moneda

Sección IV. Actividades y deportes

Actividades de alto riesgo

¿En su ocupación usted desempeña labores de seguridad o está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzo cortantes, maquinaria pesada, sustancias químicas o peligrosas, radiaciones y/o manejo de bebidas alcohólicas?

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar de manera afirmativa, llenar Anexo 1

Deportes de alto riesgo

¿Se dedica a la práctica profesional de algún deporte o practica o planea practicar algún deporte de alto riesgo? Ya sea motorizado, de montaña, de agua, de aire o algún otro, con frecuencia por lo menos semanal.

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar de manera afirmativa, llenar Anexo 2

Aviación

¿Viaja más de 50 horas al año como pasajero en aeronaves no comerciales (privadas o militares), o se desempeña o planea desempeñarse como piloto o miembro de la tripulación de alguna aeronave?

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar de manera afirmativa, llenar Anexo 3

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Sección V. Cuestionario médico

1. **Peso** **kilogramos** **Estatura** **centímetros** ¿Ha habido modificación en su peso de 5 kilogramos o más en el último año? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Aumento ☐

Disminución ☐

Número de kilos

Causa

2. ¿Fuma actualmente (cigarrillo convencional o electrónico, puro o pipa)? ☐ Sí ☐ No Número de unidades consumidas al día

Si dejó de fumar, número de unidades que consumía Fecha en la que dejó de fumar:

3. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No Número de copas Frecuencia Tipo de bebida

4. ¿Consume o ha consumido alguna vez alguna de las siguientes drogas? ☐ Sí ☐ No

BARBITÚRICOS (tranquilizantes, fenobarbital, nembutal, pentobarbital), **CANNABIS** (marihuana, nachís), **ANFETAMINAS** (éxtasis, Ice, MDMA, Seed (rápido) pepass, bencedrina, dexedrine, metadrina), **COCAÍNA**, **ALUCINOGENO** (ácido, polvo de ángel, peyote), **OPIÁCEOS** (heroína, metadona, morfina, opio), **SEDANTIVOS** (diazepam, nitrazepam), **SOLVENTES** (aerosoles, pegamentos), Otra droga (indicar cuál).

En caso de contestar de manera afirmativa, llenar Anexo 4

5. Si el solicitante es mujer: ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, favor de indicar cuántas semanas de gestación tiene a la fecha de esta solicitud

¿Ha padecido o tiene actualmente alguno de los siguientes padecimientos?

1. **Trastornos cardíacos, de la sangre y aparato respiratorio.** ☐ Sí ☐ No

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Hipertensión arterial, infarto al miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, arritmias, trastornos de válvulas cardíacas o cualquier otro problema cardiovascular.

*Anemia, hemofilia, trombocitopenia, trastornos de glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o cualquier otro trastorno de la sangre.

*Bronquitis crónica, asma, tuberculosis, enfisema pulmonar, tumores pulmonares o cualquier otro problema respiratorio.

2. **Trastornos endocrinos, digestivos y urológicos.** ☐ Sí ☐ No

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Diabetes mellitus, enfermedades de la tiroides y/o cualquier otro problema endocrino.

*Niveles elevados de colesterol y /o triglicéridos.

*Hepatitis, cirrosis, algún otro problema de hígado.

*Hernia de hiato, úlcera gastroduodenal, divertículos y/o pólipos de colon, colitis (diferentes a colitis nerviosa), sangrado rectal o cualquier otro problema gastrointestinal.

*Cálculos renales, infecciones renales, insuficiencia renal, problemas de uréteres, vejiga, uretra, próstata.

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

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

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

3. Sistema nervioso y trastornos psiquiátricos.

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Enfermedades vascular cerebral, isquemias, embolias, aneurismas o cualquier otro problema cerebrovascular.

*Epilepsia, depresión, ansiedad crónica, esquizofrenia, trastornos de estado de ánimo, intento de suicidio.

*Alguna otra enfermedad del sistema nervioso.

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

4. Tumores benignos y malignos

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Tumores benignos de cualquier tipo.

*Cáncer de próstata, testículos, mama, ovarios, cervicouterino, pulmón, hígado, estómago, riñón, huesos, leucemias, linfomas o cualquier otra enfermedad oncológica.

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

5. Sistema óseo y problemas audiovisuales

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Osteoporosis, lesiones de los meniscos, deformidades o lesiones de la columna vertebral y de tórax, amputaciones, reemplazo articular y fracturas.

*Algún defecto auditivo o de vista (no considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía).

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

6. Enfermedades inmunológicas o infecto contagiosas

*Sólo conteste si padece o ha padecido de: Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o cualquier otra enfermedad inmunológica.

*SIDA, toxoplasmosis, sífilis, gonorrea y/o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

7. Otras enfermedades, procedimientos o cirugías

*Sólo conteste si padece o ha padecido alguna otra enfermedad que no haya declarado en las preguntas anteriores, o en los últimos 5 años se le ha practicado alguna intervención quirúrgica o tiene pendiente alguna.

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

8. ¿Ha requerido hospitalización o cuidados especiales en su domicilio como administración de oxígeno a consecuencia de COVID-19, o ha tenido una recuperación incompleta de la enfermedad, síntomas persistentes o síndrome post-COVID?

Sí ☐ No ☐

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sección VI. Referencias

1. Referencias médicas

Médico de cabecera

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Especialidad

Teléfono 1

Teléfono 2

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Último médico consultado

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Especialidad

Teléfono 1

Teléfono 2

Otro médico consultado

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Especialidad

Teléfono 1

Teléfono 2

2. Referencias personales (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

1.

Teléfono

2.

Teléfono

3.

Teléfono

Sección VII. Declaratoria del contratante / solicitante

DECLARATORIA DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la información y/o documentos que he proporcionado y que proporcioné en relación con el seguro que se solicita mediante la presente, son verídicos, por lo que autorizo a que ello sea corroborado.

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.

En este acto autorizo a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V., para que solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me (nos) haya(n) atendido o que me (nos) atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi (nuestras) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es). Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en www.insignialife.com

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s)

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos del Capítulo XV "Lista de Personas Bloqueadas" de la Resolución por las que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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

Expresamente solicito y autorizo que me sea enviada la documentación contractual del seguro e información relativa por el siguiente medio:

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Envío a domicilio por los medios que la compañía utilice al efecto

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.

Insignia Life, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, utilizará sus datos personales recabados a través de la presente solicitud para las siguientes finalidades: Los datos personales que recabamos directamente del contratante, de diversas fuentes permitidas por la Ley o bien, los que se surjan de la relación que pudiera darse entre el Contratante e Insignia Life, S.A. de C.V., y que son necesarios para brindar los servicios relativos a la contratación de seguros y de los que se deriven de éstos, serán utilizados para identificar y evaluar la solicitud de seguro correspondiente, así como para analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, gestionar los siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que se establezca; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios como informar productos o servicios, así como realizar campañas publicitarias. Para estas finalidades, se requiere los datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; así como los datos patrimoniales y financieros; de igual manera los datos personales sensibles de salud y características físicas.

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Es importante hacer del conocimiento del contratante que los medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) al tratamiento de los datos o bien a la revocación del consentimiento que se haya otorgado, se deberá solicitar personalmente a través del correo electrónico atencionclientes@insignialife.com. El procedimiento y los plazos, puedes consultarlos en nuestro Aviso de Privacidad completo que se encuentra en el sitio de internet <https://www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/>

Los cambios al aviso de privacidad o actualizaciones estarán disponibles y se podrán consultar periódicamente en el sitio antes mencionado. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

Lugar y fecha de solicitud:

Firma del PADRE, TUTOR O
REPRESENTANTE LEGAL
(sólo en caso de menores)

Firma del SOLICITANTE

Firma del CONTRATANTE
(Solo si es diferente al solicitante)

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 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 55 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Datos de cobranza

Formas de pago de primas: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Meses sin intereses

Medios de pago: ☐ Tarjeta de crédito / débito ☐ Transferencia electrónica ☐ Cheque

En caso de meses sin intereses o domiciliación ingrese los datos de la tarjeta.

Nombre del tarjetahabiente (dueño de la tarjeta con la que se realiza el cargo)

Número de tarjeta

CVV

Nombre de la institución bancaria

Año de vencimiento

Mes de vencimiento

Día de cobro

"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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de junio de 2023, con el número CGEN-S0111-0056-2023 / CONDUSEF-G-00718-007".

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Sección VIII. Agente

Entrevista personal al contratante

Con base en lo establecido en la Quinta de las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a través de la presente solicitud se realiza la entrevista personal, recabando así los datos y documentos de identificación respectivos.

¿Desempeña o ha desempeñado algún puesto o cargo dentro o fuera de territorio nacional que de acuerdo con las listas publicadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sea considerado como Persona Políticamente Expuesta, y/o tiene algún vínculo o relación familiar o patrimonial con alguna Persona Políticamente Expuesta? Sí ● No ●

Mencione el cargo

En caso de contestar de manera afirmativa, llenar el formato de Entrevista a Clientes de Riesgo Alto (Personas Políticamente Expuestas - Alto Riesgo).

¿El contratante está sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí ● No ●

En caso de contestar de manera afirmativa indicar lo siguiente: País(es)

Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos:

Relación de documentos persona física

Documento:

- ☐ Identificación oficial / Pasaporte, Residente Permanente (FM2) y Forma Migratoria para no Inmigrante (FM3)
- ☐ Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP)
- ☐ Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, si se cuenta con ella
- ☐ Comprobante de domicilio
- ☐ Documento con que se acredite legal estancia en el país, en caso de extranjeros
- ☐ Clave del Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) si se cuenta con ella
- ☐ Cédula de Identificación Fiscal y/o equivalente (con homoclave), si se cuenta con ella

Relación de documentos persona moral

Documento:

- ☐ testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio
- ☐ Cédula de identificación fiscal
- ☐ Comprobante de domicilio
- ☐ Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante
- ☐ Identificación oficial del apoderado legal
- ☐ Identificación de la persona Física que ejerza el control de la compañía / persona moral *

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

*Documento que contenga la identificación de la persona Física que ejerza el Control; cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la persona moral de que se trate, o que por otros medios ejerza el Control, directo o indirecto, de la persona moral, se considerará que ejerce dicho Control el administrador o administradores de la misma, entendiéndose que ejerce la administración, la persona física designada para tal efecto por esta.

Nota: Las copias simples de los documentos son legibles y sin manchas, enmendaduras, quemaduras, etc. y fueron cotejadas contra sus originales.

Observaciones adicionales

Aspectos internos de la compañía para ser solicitados por el agente

1. ¿Hace cuánto conoce al solicitante?

2. Si lo conoce recientemente, ¿quién se lo refirió?

3. ¿Le han rechazado o extra primado alguna solicitud de seguro?

Sí No

4. Si este seguro es solicitado para cancelar otro, indica ¿cuál y por qué?

Sí No

5. ¿Le consta que se llenó y firmó la solicitud completa?

Sí No

6. ¿El solicitante fue referido?

Sí No

En caso de afirmativo indicar los datos del referidor.

Código

Tipo de referidor

A R

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Rúbrica:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Datos del agente

Se informó amplia y detalladamente al solicitante del alcance de la cobertura y de la forma de cancelarla o darla por terminada.

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 del riesgo habría impedido la celebración de un contrato de seguro.

AGENTE 1

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)

Clave del Agente

Clave de Promotoría

% Participación

En caso de cesión de comisiones, indique el %Teléfono ()

Correo electrónico

Firma del Agente 1

AGENTE 2

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)

Clave del Agente

Clave de Promotoría

% Participación

Correo electrónicoTeléfono ()

Firma del Agente 2

Rúbrica: