

SOLICITUD / PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Seguros Masivos

PÓLIZA NO.:

VIGENCIA

Desde

Hasta

MUY IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES, DEBE LEERSE ANTES DE LLENARSE Y FIRMAR

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.

DATOS GENERALES

CONTRATANTE / SOLICITANTE

*Apellido paterno, materno y nombre(s):

Sexo:

Femenino ☐ Masculino ☐

* Nacionalidad:

*País de Nacimiento:

*CURP:

*Entidad Federativa de nacimiento:

*Teléfono:

*Correo electrónico:

*Ocupación:

*Domicilio:

*Campos de llenado obligatorio

DATOS DEL PLAN

Nombre del plan:

Plazo de Seguro:

Moneda:

Cobertura	Suma Asegurada	Prima

Forma y plazo de pago:

Prima Anual Total:

BENEFICIARIOS

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. Advertencia: "En el caso de que se nombre 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"

NÚMERO	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje*
1				
2				
3				

*La suma debe ser 100%

CUESTIONARIO MEDICO

- ¿Su estado de salud es bueno? SI () NO ()
- ¿Padece o ha padecido las siguientes enfermedades: SI () NO ()
 - cáncer, Enfisema, SIDA, Diabetes Tipo2, Diabetes e Hipertensión al mismo tiempo?
- ¿Actualmente se encuentra incapacitado? SI () NO ()

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto no representa garantía alguna de ser aceptada por la compañía ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud. Sin embargo, para el caso de que la solicitud de seguro sea aceptada por la Aseguradora, este documento mantendrá el carácter de póliza y amparará lo en ella descrito.

DECLARATORIA

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado en relación al seguro que se solicita mediante la presente, son verídicos y auténticos, por lo que autorizo que ello sea corroborado. En este acto autorizo

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

SOLICITUD / PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Seguros Masivos

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 hayan atendido o que me 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(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Expresamente solicito y autorizo que me sea enviada la documentación contractual del seguro por el siguiente medio: ☐ Correo electrónico ☐ Envío a domicilio por los medios que la compañía utilice al efecto

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life, S.A. de C.V., con domicilio 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: 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. 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/>

CIERRE DE SOLICITUD/PÓLIZA

Lugar y fecha: _____

Firma del Contratante /Asegurado

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

La Compañía pagará cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación de acuerdo a las condiciones generales, siempre y cuando la cobertura se encuentre en vigor al momento del siniestro.

El presente contrato de seguro es un contrato de adhesión registrado como Seguro Masivo ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares mismas que puede consultar en la página web www.insignialife.com

Las condiciones generales se enviarán al Asegurado por los medios que haya definido en esta Solicitud/Póliza o puede consultarlas en www.insignialife.com o bien en <https://registros.condusef.gob.mx/recas/>

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 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 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/>

FIRMA DEL 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 21 de septiembre de 2023, con el número CNSF-S0111-0320-2023 / CONDUSEF-006131-02.

Agente:

Clave:

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

SOLICITUD / PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Seguros Masivos

PRINCIPALES CLAÚSULAS

Pago de prima: La prima total de la póliza será la indicada en la Solicitud/Póliza correspondiente. El Contratante, puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso la Compañía podrá cobrar la tasa de financiamiento vigente por pago fraccionado. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso. El Contratante y la Compañía, podrán convenir el pago a través de los medios que la Compañía ponga a disposición. El comprobante de pago de la prima por parte del Contratante servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato. El Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales contados a partir de su vencimiento para liquidar el total de la prima o fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades.

Edad: Los límites de admisión fijados por la Compañía se determinarán con respecto a la edad alcanzada del Asegurado en la fecha de expedición del Contrato.

Edad mínima de aceptación: 18 años
Edad máxima de aceptación: 70 años

Renovación: Esta póliza se renovará bajo las mismas condiciones de aseguramiento originalmente contratadas mediante solicitud del Contratante a la Compañía por periodos de igual duración al originalmente contratado, sin necesidad de requisitos de asegurabilidad, una vez que se alcance el fin de vigencia del contrato estipulado en la Solicitud/Póliza y siempre y cuando esta se encuentre en vigor al momento de la renovación.

La renovación quedará sujeta a las siguientes condiciones:

a) El contratante deberá notificar a la Compañía su

deseo de renovar la póliza al menos 30 (treinta) días antes de la fecha de fin de vigencia de la póliza a renovar.

b) Las primas se calcularán de acuerdo con la edad alcanzada de cada asegurado al momento de la renovación, aplicando las tarifas vigentes al momento de dicha renovación.

c) La suma asegurada será igual o menor a la contratada originalmente.

d) La edad del Asegurado en la fecha de inicio de la renovación de la póliza deberá encontrarse dentro de los límites de edad de aceptación, los cuales no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado.

El comprobante de pago de la prima por parte del Contratante servirá como elemento probatorio de la renovación.

Beneficiarios: El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier momento, notificándolo por escrito a la Compañía. En caso de que la notificación no sea recibida oportunamente, la Compañía pagará la suma asegurada al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento. El Asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar Beneficiario haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al Beneficiario y a la Compañía. Para que esa renuncia produzca sus efectos deberá hacerse constar en la póliza y posteriormente no podrá cambiarse, excepto cuando el Beneficiario irrevocable dé su consentimiento por escrito. Cuando no haya Beneficiario designado, y no se hubiere hecho uso de designación irrevocable, el importe

del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación. Cuando haya varios Beneficiarios designados, la parte del que muera antes que el Asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre 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.

Indisputabilidad: Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla 2 (dos) años, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro. Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante los 2 (dos) primeros años. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

Suicidio: En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado

SOLICITUD / PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Seguros Masivos

mental o físico del Asegurado, el pago único y total que hará la Compañía, será el importe de la reserva matemática a la fecha de ocurrido el fallecimiento que en su caso corresponda a este Contrato, menos cualquier adeudo contraído en virtud de este Contrato. Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo anterior, la Compañía pagará la cobertura por fallecimiento en los términos convenidos en el presente contrato.

Trámite de siniestro

De realizarse el siniestro amparada en la Solicitud/Póliza, los beneficiarios designados deberán presentar a la Compañía la siguiente información:

1. Carta reclamación, una por cada Beneficiario.
2. Solicitud/Póliza, si la tuviera
3. Acta de defunción, original
4. Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios y Asegurado (si estuviera en poder del beneficiario) con firma y fotografía (INE, Pasaporte Cedula Profesional, Cartilla militar)
5. Constancia CURP de los Beneficiarios, siempre que la clave no este contenida en el documento de identificación presentado
6. Comprobante de domicilio, no mayor a 3 (tres) meses (Agua, luz, teléfono, etc.)

En caso de que la causa de la muerte haya sido violenta o accidental, presentar:

- a. Copia certificada de la averiguación previa o copia de la carpeta de investigación, o bien, acta de levantamiento de hechos de la autoridad municipal o policía local cuando no haya Ministerio Público en la zona.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar a los Beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro con el fin de verificar si la indemnización es procedente. Una

vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, a elección del Beneficiario, mediante orden de pago y/o transferencia bancaria, conforme a mecanismos de pago que permita al Beneficiario gozar de los beneficios del seguro, la indemnización deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles.

Liquidación: La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas. Las cantidades que se adeuden a la Compañía por concepto de primas que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza.

Indemnización por Mora: En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Competencia: En caso de controversia el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez de domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Prescripción: Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

En cinco años, tratándose de la cobertura básica o de las coberturas adicionales que en su caso se llegaran a contratar y siempre que estas amparen el riesgo de fallecimiento.

En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el

artículo 82 de la misma Ley. Los plazos mencionados con anterioridad no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, de acuerdo con el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 21 de septiembre de 2023, con el número CNSF-S0111-0320-2023 / CONDUSEF-006131-02.