PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Insignia Life® El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

CIUDAD DE MÉXICO A ____ DE ____ DE ____

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del producto:
Fecha de emisión:
Duración del seguro:
Opción de indemnización:
Plazo de pago de primas:
Forma de pago:
Moneda

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre:
RFC:
Nacionalidad:
Domicilio:
C.P.:
Estado:
Persona:
País de nacimiento:
ID:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Hábito:
Domicilio:
ID:
Edad:
Sexo:
Estado:
C.P.:

COBERTURAS AMPARADAS

Coberturas amparadas	Suma asegurada	Prima Anual

Prima Protección
Prima Protección con Descuento
Prima Ahorro
Prima del Plan Anual

Prima del Plan según forma de pago

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

Insignia Life, S.A. de C.V. **Nombre del Agente:** **Clave del Agente:**

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

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Insignia Life® El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

CIUDAD DE MÉXICO A _____ DE _____ DE _____

BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS QUE CUBRAN EL FALLECIMIENTO				
ID	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Porcentaje	Parentesco

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren 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 consideran aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
El periodo de gracia para el pago de la prima será de 30 (treinta) días posteriores a su vencimiento, en términos del Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
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 permita 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 cuenta con términos definidos, coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe por el medio elegido en la solicitud de seguro, así como, en la página web www.insignialife.com.
La compañía deberá entregar junto con esta Póliza de seguro la documentación contractual aplicable. 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** 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 Número 762 Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México **Centro de Atención Telefónica: 55 5340 0999 y 800 99 98080 asesoria@condusef.gob.mx o www.condusef.gob.mx**

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

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

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 el día 28 de agosto 2026 con en número MODI-S0111-0014-2026/CONDUSEF-007301-02.

TABLA DE COSTOS DEL SEGURO Y GASTOS ADMINISTRATIVOS

Insignia Life℠ El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

CIUDAD DE MÉXICO A ____ DE ____ DE ____

DATOS DE LA PÓLIZA

Contratante:
Asegurado:
Sexo:
Edad:
Hábito:

Fecha de emisión:
Plazo del seguro:
Plazo de pago de primas:
Opción de indemnización:

Moneda:
Producto:
Suma asegurada:
Forma de pago:

TABLA DE EXTRAPRIMAS

Coberturas	Extraprima en Porcentaje	Extraprima al Millar

COSTOS DEL SEGURO ANUALES AL MILLAR DE SUMA ASEGURADA

Edad	Año Póliza	Cobertura Básica Fallecimiento			

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

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

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Insignia Life, S.A. de C.V. **Nombre del Agente:** **Clave del Agente:**

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

TABLA DE COSTOS DEL SEGURO Y GASTOS ADMINISTRATIVOS

Insignia Life® El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

CIUDAD DE MÉXICO A _____ DE _____ DE _____

GASTOS DE ADMINISTRACIONES ANUALES

Año Póliza	Costo al Millar	Costo Fijo

El Gasto de Administración en porcentaje de la Prima de Ahorro es _____ %.

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

FUNCIONARIO AUTORIZADO

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

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 el día 28 de agosto 2026 con en número MODI-S0111-0014-2026/CONDUSEF-007301-02.

Insignia Life, S.A. de C.V. **Nombre del Agente:** **Clave del Agente:**

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

TABLA DE CASTIGOS POR RESCATE

Insignia Life® El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

CIUDAD DE MÉXICO A ____ DE ____ DE ____

CASTIGOS POR RESCATE

Año Póliza	Porcentaje

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

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

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 el día 28 de agosto 2026 con en número MODI-S0111-0014-2026/CONDUSEF-007301-02.

Insignia Life, S.A. de C.V. **Nombre del Agente:** **Clave del Agente:**

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

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Insignia Life® El seguro de tu vida®
Empresa del Grupo MAPFRE

PÓLIZA:	
VIGENCIA	
Desde	Hasta

DATOS DE LA PÓLIZA

Contratante:
Asegurado:
Sexo:
Edad:
Hábito:

Moneda:
Plazo del seguro:
Plazo de pago de primas:

Producto:
Suma asegurada:

Año	Edad	Prima Total	Prima Total Acumulada	Garantía Insignia Life	Recuperación Sobre Garantía

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO POSEE VALIDEZ OFICIAL

El comportamiento de la Garantía Insignia Life que se muestra en este documento está sujeto a que el cliente realice el pago de su prima plan en tiempo y forma convenidos, no realice retiros, ni suspenda el pago de su prima. Corresponde a una proyección del saldo del Fondo Objetivo, considerando la tasa garantizada. Este es un documento informativo.

Insignia Life, S.A. de C.V. **Nombre del Agente:** **Clave del Agente:**

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