



# Guía Paso a Paso con Insignia Life<sup>MR</sup>

---

Llenado de solicitud

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

Av. Paseo de la Reforma número 234 piso 6, Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, CDMX.  
Tel. 55 3088 - 3363 / 800 00 55555  
[www.insignialife.com](http://www.insignialife.com)

<b>Recomendaciones</b>	<b>7</b>
<b>Leyendas del seguro</b>	<b>8</b>
<b>Sección I: Contratante / Solicitante</b>	<b>9</b>
PERSONA MORAL	9
PERSONA FÍSICA	10
SOLICITANTE	11
<b>Sección II: Plan, Coberturas y Beneficiarios</b>	<b>12</b>
PLAN	12
COBERTURAS ADICIONALES	14
BENEFICIARIOS PRINCIPALES	15
BENEFICIARIOS CONTINGENTES	16
<b>Sección III: Historial de seguros</b>	<b>17</b>
<b>Sección IV: Actividades y deportes</b>	<b>18</b>
<b>Sección V: Cuestionario Médico</b>	<b>19</b>
PRIMERA SECCIÓN: GENERALES Y HÁBITOS	19
SEGUNDA SECCIÓN: PADECIMIENTOS	20

<b>Sección VI: Referencias</b>	<b>22</b>
<b>Sección VII: Declaratoria del Contratante / Solicitante</b>	<b>23</b>
DATOS DE COBRANZA	25
<b>Sección VIII: Datos de cobranza</b>	<b>25</b>
ENTREVISTA PERSONAL AL CONTRATANTE	25
RELACIÓN DE DOCUMENTOS	26
ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA PARA SER SOLICITADOS POR EL AGENTE	27
AGENTE	28
<b>Anexo 1: Actividades de alto riesgo</b>	<b>28</b>
<b>Anexo 2: Deportes de alto riesgo</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 3: Aviación</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 4: Uso de drogas</b>	<b>30</b>
<b>Anexo médico</b>	<b>30</b>
<b>Datos generales del solicitante</b>	<b>32</b>

1  
↓



Entra a [www.insignialife.com](http://www.insignialife.com) y da clic en **Socios Comerciales**

2  
↓



Ingresa tu **usuario**  
y **contraseña**

3  
↓



Da clic en **Formatos**

4  
↓



Busca la sección de **Formatos por producto** y da clic en **Vida Individual**

# 5

The screenshot shows the Insignia Life website interface. At the top, there is a navigation bar with the logo and several menu items: Mis Productos, Formatos, Material de Consulta, Identificación del Cliente, Comentarios y sugerencias, Pago en línea, and Gestiona cartera. Below the navigation bar, there is a sidebar with five red buttons: CUESTIONARIOS, DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO, ENDOSO, FORMATOS DOMICILIACIÓN, and FORMATOS POR PRODUCTO. The main content area is titled 'VIDA INDIVIDUAL' and contains a list of documents. Each document has a download icon (a downward arrow with a document symbol) to its right. The document 'Solicitud de Vida Individual' is highlighted with a yellow border. Other documents include 'Formato de Entrevista a Clientes de Riesgo Alto', 'Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios', 'Condiciones Vida individual Insignia Premia', 'Condiciones Vida Individual Vitalicio', 'Condiciones Vida Individual Retiro', 'Condiciones Vida Individual Seguro Educativo', 'Condiciones Vida Individual Temporal Integral a 1 año', 'Condiciones Vida Individual Temporal Renovable Vida 90', 'Insignia Life Universal | Condiciones Generales y Particulares', 'Condiciones Vida Individual Temporal a 5 años', 'Condiciones Vida Individual Grandes Sumas', 'Condiciones Vida Individual Temporal a 1 año', 'Condiciones Vida Individual Grandes Sumas | Temporal', 'Condiciones Vida Individual Protección y Ahorro', and 'Condiciones Vida Individual Temporal'.

Da clic en el **icono de descargar** a un costado de Solicitud de Vida Individual

## Recomendaciones

- Es importante que todas las hojas de la solicitud estén firmadas al calce.
- Usa letra de molde legible, o bien, puedes hacer el llenado digital.
- En caso de que llenes la solicitud de forma digital es importante que todas las firmas del cliente sean autógrafas, en caso contrario será rechazada.
- Se deben llenar todos los campos, sobre todo los que tienen un asterisco rojo, en caso de que falte algún campo puede generar rechazo.
- La dirección es importante que coincida fielmente con la que aparece en el comprobante de domicilio.
- Cuando el contratante y solicitante sean diferentes ambos deberán rubricar las hojas.
- Las hojas de anexo necesitan imprimirse y firmarse al calce únicamente en caso de que se haya contestado de forma afirmativa alguna pregunta que lo requiera, de lo contrario no es necesario presentarlas.
- Las hojas de anexo se llenan por parte del cliente, si se requiere información avalada por un médico se solicitará de forma posterior.

### ¿Qué identificaciones aplican?

INE, Pasaporte, Cédula profesional, Cartilla militar, Licencia de conducir, Carnet de afiliación IMSS- ISSSTE, FM2 o FM3 en caso de ser extranjeros. **Tienen que estar vigentes.**

### ¿Qué comprobantes de domicilio?

Luz, Agua, Telefonía fija o INE, mientras coincida la dirección.

## Leyendas del seguro

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, 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 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

Define al contratante:

**El contratante** es la persona física o moral que suscribe el contrato y que generalmente coincide con la persona del Asegurado (contrata el seguro y paga las primas de éste).

Dependiendo de si es una persona moral o una persona física, se piden datos específicos para identificarlo.

Puede o no ser el mismo que el solicitante.

### PERSONA MORAL

- **Folio mercantil:** El folio viene al final del acta constitutiva y es proporcionado por el RPPC.
- El **nombre del representante legal** debe estar completo, tal como aparece en su identificación, debe escribirse en el orden solicitado.

<b>Datos generales del contratante</b>			
<b>Persona Moral</b>			
*Fecha de constitución de la empresa	<input type="text"/>	Folio mercantil	<input type="text"/>
*Razón social de la empresa <input type="text"/>			
<b>Dirección de la empresa</b>			
*Calle	<input type="text"/>	*Núm. exterior	<input type="text"/>
		Núm. interior	<input type="text"/>
		*Código Postal	<input type="text"/>
*Colonia	<input type="text"/>	*Alcaldía / Municipio	<input type="text"/>
		Ciudad y Estado	<input type="text"/>
Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave)		<input type="text"/>	
*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del representante legal		<input type="text"/>	
*Clave Única de Registro de Población (CURP)	<input type="text"/>	*Correo electrónico	<input type="text"/>

## PERSONA FÍSICA

- El **nombre** debe estar completo de acuerdo a la identificación oficial y debe escribirse en el orden solicitado.
- **Teléfono celular:** en caso de no contar con uno, poner un teléfono fijo.
- **Sexo:** Es importante marcar el sexo, en caso de no hacerlo generará rechazo.
- **Ocupación:** la actividad en la que efectivamente está empleado. Conocer esto servirá para la valoración del riesgo.
- **Puesto y breve descripción de labores:** es importante describir qué actividades realiza en su día a día.
- **Ingreso mensual acumulado:** si una persona percibe ingresos de más de una fuente, hay que sumarlos y colocar ahí el monto antes de impuestos.

Persona Física			
*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			
Sexo	Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/>	*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 <input type="radio"/> Casado / Unión libre <input type="radio"/>	
*Clave Única de Registro de Población (CURP)		*Teléfono celular	
Otro teléfono	*Correo electrónico		
<b>Domicilio</b>			
*Calle	*Núm. exterior	Núm. interior	*Código Postal
*Colonia	*Alcaldía / Municipio	Ciudad y Estado	
<b>Ocupación</b>			
*Principal Ocupación / Profesión		Empresa o dependencia donde trabaja	
Giro de la empresa		Puesto y breve descripción de labores	
			*Ingreso mensual acumulado

### Llenar en caso de que el contratante sea diferente:

Esta sección se llena en caso de contratar un seguro educacional, con los datos del tutor en caso de ser diferente al contratante.

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)	<input type="text"/>		
Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	*Fecha de nacimiento <input type="text"/>	*Lugar de nacimiento	<input type="text"/>
*Lugar de residencia	*Ocupación		<input type="text"/>
Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave)	<input type="text"/>	*Teléfono celular	<input type="text"/>
*Clave Única de Registro de Población (CURP)	<input type="text"/>	Otro teléfono	<input type="text"/>
*Correo electrónico	<input type="text"/>		

## SOLICITANTE

### Llenar en caso de que el contratante sea diferente:

**El solicitante (asegurado)** es la persona sobre la que recae la cobertura del seguro.

En este caso la “cosa asegurable” es la vida o integridad de una persona, es decir, “el asegurado”.

- **Relación del contratante con el asegurado:** es muy importante especificarlo, esto nos indicará el interés asegurable.
- En caso de un plan educacional, aquí van los datos del menor.

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 <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/>	*Fecha de nacimiento	dd / mm / aaaa _____
*Lugar de residencia _____		Estado civil	Soltero / Divorciado / Viudo <input type="radio"/> Casado / Unión libre <input type="radio"/>
*Nacionalidad	_____	*Ocupación	_____
Registro Federal de Contribuyentes (RFC con homoclave) _____			
*Clave Única de Registro de Población (CURP) _____		*Teléfono celular _____	
Otro teléfono	_____	*Correo electrónico	_____
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 <input type="radio"/> Concubino(a) <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Otro (especifique) _____			

\*Campos de llenado obligatorio.

## Sección II: Plan, Coberturas y Beneficiarios

Ya es posible hacer tres planes en la misma solicitud, independientemente del tipo de producto que estas poniendo.

### PLAN

- **Nombre del plan:** aquí debemos poner el producto, puede ser en contracción. Ejemplo: VPL 10 o vida pagos limitados.
- **Plazo del seguro:** Cuanto tiempo va a durar la protección. Ejemplo: En caso de contratar un Temporal a 10 años, en este campo se pondrá 10, para los Seguros Vitalicios o VPL se puede especificar 101 años o Vitalicio
- **Plazo de pago:** Por cuanto tiempo se va a pagar el seguro.
- El plazo del seguro y el plazo de pago puedes sacarlos de la cotización.

**Importante:** Considerar las características de cada producto para el llenado de la solicitud.

Especifique el o los planes que desea contratar

Plan	Nombre del plan	Plazo de seguro	Plazo de pago	Suma asegurada	\$	
1		Moneda: Nacional, Dólares o UDIS	Tipo de cobertura* A <input type="radio"/> B <input type="radio"/>	Prima ahorro*	\$	
		Artículo fiscal al que se hará efecto** 151 <input type="radio"/> 185 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/>	No deducible <input type="radio"/>	% de retorno de primas* 100% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 25% <input type="radio"/>		
Plan	Nombre del plan	Plazo de seguro	Plazo de pago	Suma asegurada	\$	
2		Moneda: Nacional, Dólares o UDIS	Tipo de cobertura* A <input type="radio"/> B <input type="radio"/>	Prima ahorro*	\$	
		Artículo fiscal al que se hará efecto** 151 <input type="radio"/> 185 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/>	No deducible <input type="radio"/>	% de retorno de primas* 100% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 25% <input type="radio"/>		
Plan	Nombre del plan	Plazo de seguro	Plazo de pago	Suma asegurada	\$	
3		Moneda: Nacional, Dólares o UDIS	Tipo de cobertura* A <input type="radio"/> B <input type="radio"/>	Prima ahorro*	\$	
		Artículo fiscal al que se hará efecto** 151 <input type="radio"/> 185 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/>	No deducible <input type="radio"/>	% de retorno de primas* 100% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 25% <input type="radio"/>		

\*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

**Campos específicos:**

**INSIGNIA LIFE UNIVERSAL**

**Tipo de cobertura:** Cobertura A.

**Prima de ahorro:** Ahorro programado definido por el cliente.

**#INSIGNIA PREMIA**

**% de retorno de primas:** seleccionar el % que desea el cliente.

**DESTINO SEGURO / PERSONA CLAVE**

**Artículo fiscal al que hará efecto:** 151, 185 o 27, dependiendo de lo que contrate el cliente.

En la parte de **artículo fiscal** todos los demás productos deberán ser marcados como **No deducible**.

## COBERTURAS ADICIONALES

- Cada número en rojo se refiere a las **coberturas contratadas en el plan**, identificado con el mismo número en la sección anterior.
- En cada una de las coberturas hay que especificar la Suma Asegurada que se va a contratar.

**Importante:** considerar las características de cada producto para el llenado de la solicitud.

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 <input type="radio"/> No Incluir <input type="radio"/>	\$
2	\$	\$	\$	Incluir <input type="radio"/> No Incluir <input type="radio"/>	\$
3	\$	\$	\$	Incluir <input type="radio"/> No Incluir <input type="radio"/>	\$

\*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

Campos específicos:

**PRODUCTOS UNIVERSALES.**

**BECS:** El contratante debe ser la misma persona que el solicitante.

**PRODUCTOS TRADICIONALES**

**BEPP:** El contratante debe ser la misma persona que el solicitante.

En el caso del **DCP\***, poner el importe que se desea aportar y la frecuencia.

*\* Los DCP continúan con la operación actual, es decir, en caso de elegir pagos periódicos se deberá ingresar la solicitud por **ODT**.*

*\*Recuerda que MAPO incluye MA.*

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

- El nombre debe estar completo de acuerdo a como aparece en los documentos oficiales (acta de nacimiento).
- Es importante que la suma del porcentaje sea igual a 100%.
- En caso de querer designar más de 5 beneficiarios se puede llenar el anexo de correcciones con la información, nombre y firma del asegurado.
- En caso de que un beneficiario sea menor de edad y se designe un tercero para recibir la Suma Asegurada, la obligación de este último es únicamente moral, por lo que **NO** se recomienda que esto suceda.



**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		%

\*La suma debe ser: 100%

En caso de que se haya solicitado más de un plan a través de esta solicitud y los beneficiarios sean diferentes, se debe llenar un anexo de correcciones especificando detalladamente los beneficiarios de cada plan, indicando a que plan nos referimos y cuidando que el resultado de la suma de sus porcentajes sea 100%.

## BENEFICIARIOS CONTINGENTES

**El beneficiario contingente** es la persona señalada por el Contratante que recibirá la indemnización, sólo en la eventualidad que el o los Beneficiarios Primarios designados fallezcan antes que el Asegurado Principal.

- El nombre debe estar completo de acuerdo a como aparece en los documentos oficiales (acta de nacimiento).
- Es importante que la suma del porcentaje sea igual a 100%.
- Si no se pone ninguno no es causa de rechazo.

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			%

## Sección III: Historial de seguros

- **Es necesario marcar la opción de** si el cliente cuenta o no con un seguro de vida. Mucho ojo con la nota incluida que descarta seguros que se contratan en forma grupal, son parte de una prestación o se incluyen de forma gratuita en una tarjeta de crédito o servicio.
- Si marcan la opción **“Sí”**, es muy importante que llene los datos solicitados: aseguradora, antigüedad, plan (tipo de seguro), Suma Asegurada y moneda; quizá no recuerden el nombre de su plan, pero seguramente tienen claro si es vitalicio o ahorro.
- En caso de no tener todos los datos, basta con indicar el tipo de plan y la Suma Asegurada.

¿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

**¿Por que mi cliente necesita declarar los seguros de vida que ha contratado?**

Se requiere esta información para valorar el riesgo y ver si justifica la Suma Asegurada que solicita.

## Sección IV: Actividades y deportes

- Es importante responder cada pregunta.
- En caso de que la respuesta sea positiva, al final de esta solicitud podrás encontrar todos los anexos para complementar los cuestionarios de actividades, deportes y el cuestionario médico.

### 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**

Dónde encuentro los anexos correspondientes:

**Anexo 1 (pág. 14)**

**Anexo 2 (pág. 14)**

**Anexo 3 (pág. 15)**

**\*\*Recuerda: Si las respuestas del prospecto no dan lugar al llenado de los anexos, no es necesario llenarlos, imprimirlos ni entregarlos.**

## Sección V: Cuestionario Médico

### PRIMERA SECCIÓN: GENERALES Y HÁBITOS

1. **Peso**  **kilogramos**    **Estatura**  **metros**    ¿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

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

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

**BARBITÚRICOS** (tranquilizantes, fenobarbital, nembutal, pentobarbital), **CANNABIS** (marihuana, hachís), **ANFETAMINAS** (éxtasis, Ice, MDMA, Seed (rápido) pepass, bencedrina, dexedrine, metadrina), **COCAÍNA, ALUCINÓGENO** (ácido, polvo de ángel, peyote), **OPIÁCEOS** (heroína, metadona, morfina, opio), **SEDANTIVOS** (diazepan, 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

- ( 1 ) En el primer punto nos encontramos con el tema del peso y la estatura, un error común es invertir estos datos.
- ( 1 ) Es importante que si su peso se ha modificado en el ultimo año, nos indique lo sucedido: aumento o disminución, el número de kilos y la causa de esto; no importa que sea porque se puso a dieta e hizo ejercicio.
- ( 2 ) Para considerar a una persona no fumadora deben haber transcurrido por lo menos 2 años desde su ultimo cigarro.
- ( 3 ) En caso de que ingiera bebidas alcohólicas se debe indicar y especificar el numero de copas, la frecuencia debe venir como lo indica la solicitud: diario, mensual, anual; ya que en muchas ocasiones se suele indicar que es en fiestas, eventos sociales o de vez en cuando, pero no sabemos, por ejemplo, que tanto salen de fiesta y el tipo de bebida.



- **( 4 )** Se refiere al uso de sustancias psicotrópicas o psicoactivas. Es necesario mencionar cuales podrían ser las consumidas por el Asegurado. Si la respuesta es positiva deberá llenar el cuestionario de drogas. En el caso del CBD cualquier análisis da positivo a cannabis, esto de ninguna forma representa un juicio de valor, es únicamente con fines de evaluación del riesgo.
- **( 5 )** Es exclusivamente para mujeres. En caso de que estén embarazadas es necesario saber cuantas semanas.

## SEGUNDA SECCIÓN: PADECIMIENTOS

- Se deberán responder cada una de las preguntas. En caso de ser afirmativas se deberá llenar el anexo médico, el cual forma parte de esta solicitud (pág. 16).
- (1) Trastornos cardiacos, de la sangre y aparato respiratorio.
- (2) Trastornos endocrinos, digestivos y urológicos.

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

**1. Trastornos cardíacos, de la sangre y aparato respiratorio.**

\*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.**

\*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.

Sí  No

**En caso de contestar de manera afirmativa, llenar Anexo Médico.**

Sí  No

**En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.**



- (3) Sistema nervioso y trastornos psiquiátricos.
- (4) Tumores benignos y malignos.
- (5) Sistema óseo y problemas audiovisuales.
- (6) Enfermedades inmunológicas o infecto contagiosas.
- (7) Otras enfermedades, procedimientos o cirugías.
- (8) Covid-19.

**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.

Si  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.

Si  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).

Si  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.

Si  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.

Si  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?**

Si  No

**En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.**

Es importante mencionar si tiene o ha tenido algunos de los padecimientos que se describen.

**Anexo médico (pág. 15-16).**

*En caso de tener más de 3 padecimientos, agregar otra hoja de anexo médico.*



## Sección VI: Referencias

- En el caso de las referencias medicas, si no contamos con un médico de cabecera se puede indicar si el cliente se atiende en el seguro social o en una farmacia. Esta sección puede quedar vacía si no tienen ningún padecimiento.
- **Último médico consultado:** Por ejemplo, en caso de tener un padecimiento cardiaco se tendrían que colocar la información del médico que está llevando su tratamiento.
- **Referencias personales** que no sean familiares. Son mínimo dos referencias y debemos llenar toda la información solicitada.

<b>1. Referencias médicas</b>		
<b>Médico de cabecera</b>		
Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) <input type="text"/>		
Especialidad <input type="text"/>	Teléfono 1 <input type="text"/>	Teléfono 2 <input type="text"/>
<b>Último médico consultado</b>		
Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) <input type="text"/>		
Especialidad <input type="text"/>	Teléfono 1 <input type="text"/>	Teléfono 2 <input type="text"/>
<b>Otro médico consultado</b>		
Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) <input type="text"/>		
Especialidad <input type="text"/>	Teléfono 1 <input type="text"/>	Teléfono 2 <input type="text"/>
<b>2. Referencias personales (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))</b>		
1. <input type="text"/>	Teléfono	( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	Teléfono	( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	Teléfono	( <input type="text"/> ) <input type="text"/>

Si el cliente tiene un padecimiento debe poner el nombre de su médico.

## 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](http://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) 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

**Es de suma importancia que el Contratante lea detenidamente esta sección.**

Deberá indicar que ha dicho la verdad en relación a la solicitud o lo que en ese momento tiene como verdad y que la procedencia de sus recursos es lícita para el pago del seguro o que no lo ocupará para fines ilícitos.

La respuesta a **“recibí la información total y completa del seguro que se propone”** debe ser afirmativa.

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
- De manera personal al contratar el seguro

**1**

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

**2**

1. El cliente debe indicar como quiere recibir la información y la póliza.
2. Autorización por parte del cliente para recibir publicidad.

**1** 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 este 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 Paseo de la Reforma, número 234, pisos 6 , Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, Código postal 06600, 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.

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](mailto: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: \_\_\_\_\_

**2**

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

**3**

Firma del SOLICITANTE

**4**

Firma del CONTRATANTE  
(Sólo 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., Avenida Paseo de la Reforma 234 Piso 5, Colonia Juárez C.P. 06600. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 800 00 55555, [atencionclientes@insignialife.com](mailto:atencionclientes@insignialife.com) o visite nuestra página web: [www.insignialife.com](http://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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

1. Disclaimer de protección de datos personales.
2. Esta firma se usa únicamente en el caso de un producto educacional.
3. Firma del Solicitante / Asegurado. Aplica sólo si es diferente al Contratante.
4. Firma del Contratante

## DATOS DE COBRANZA

- En caso de que cada póliza tenga un método diferente de pago, hay que llenar el Anexo de Corrección de Datos a la Solicitud de Seguro de Vida Individual y adjuntar el formato de datos bancarios.

**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:

Número de tarjeta  CVV

Año de vencimiento  Mes de vencimiento  Día de cobro

1

"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 16 de Abril de 2021, con el número CGEN-S0111-0037-2021 / CONDUSEF-G-00718-003 ".

1. El nombre del banco se puede poner en el espacio en blanco al lado de los datos de la tarjeta.

## Sección VIII: Datos de cobranza

### ENTREVISTA PERSONAL AL CONTRATANTE

#### 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.

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos cuatro años? 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:

1. En caso de que el prospecto se desempeñe o haya desempeñado en los últimos 4 años dentro del gobierno, es importante mencionar qué rol cumple o haya cumplido. Se debe llenar el cuestionario de Clientes de Riesgo Alto que puedes descargar del portal de socios comerciales: [https://socios.insignialife.com/socios/wp-content/uploads/2021/05/202104-FORMTO-ENTREVISTAS\\_CLIENTES\\_ALTO\\_RIESGOv2.pdf](https://socios.insignialife.com/socios/wp-content/uploads/2021/05/202104-FORMTO-ENTREVISTAS_CLIENTES_ALTO_RIESGOv2.pdf)
2. ¿El prospecto paga impuestos en un país diferente a México?

## RELACIÓN DE DOCUMENTOS

- Estos documentos se entregan dependiendo del cliente, persona física o persona moral.
- Se marca qué documentos se están entregando.
- En el caso de la persona física, si no tiene e.firma no se marca y no se entrega.

### 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)
- e.Firma (antes FIEL Firma Electrónica Avanzada)
- Comprobante de domicilio
- Documento con que se acredite legal estancia en el país, en caso de extranjeros

### 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

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

**Observaciones adicionales**

---



---



---



---



En caso de una sesión de comisión, se puede señalar en **Observaciones adicionales**

Recordemos:

La sesión de comisión aplica para toda la vida de la póliza.  
En el caso de los universales no hay sesión de comisión.

## ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA PARA SER SOLICITADOS POR EL AGENTE

- **¿Hace cuánto conoces al solicitante?** No importa si es una semana o diez años, hay que colocarlo.
- **Si lo conoce recientemente ¿Quién lo refirió?** Puede colocar: otro cliente, redes sociales, prospección en frío, es decir, de dónde salió el prospecto.

### Aspectos internos de la compañía para ser solicitados por el agente

1. ¿Hace cuánto conoce al solicitante?	<input type="text"/>
2. Si lo conoce recientemente, ¿quién se lo refirió?	<input type="text"/>
3. ¿Le han rechazado o extra primado alguna solicitud de seguro?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. Si este seguro es solicitado para cancelar otro, indica ¿cuál y por qué?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="text"/>
5. ¿Le consta que se llenó y firmó la solicitud completa?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <b>1</b>

### 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.

**1. Es importante que la respuesta sea positiva**



## AGENTE

- En caso de compartir la comisión con otro Agente, llenar los datos del Agente 2 y definir el porcentaje de participación.

**AGENTE 1**  
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Clave del Agente \_\_\_\_\_ Clave de Promotoría \_\_\_\_\_  
En caso de cesión de comisiones, indique el % (aplica el primer año) \_\_\_\_\_  
% Participación \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

**AGENTE 2**  
En caso de compartir, nombre completo del segundo agente: \_\_\_\_\_  
Clave del segundo Agente \_\_\_\_\_ % Participación \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente 2

Recuerda que cuando se comparte la comisión con otro Agente, esto aplica para toda la vida de la póliza.

## Anexo 1: Actividades de alto riesgo

Actividad profesional \_\_\_\_\_  
Principales funciones que desempeña \_\_\_\_\_  
Lugar donde desempeña sus actividades \_\_\_\_\_

Seleccione todas las que apliquen:

Manejo de bebidas alcohólicas  Sustancias o materiales peligrosos  
 Equipos de radiación  Herramienta o maquinaria peligrosa  
 Armas de cualquier tipo

Detalles de la pregunta anterior \_\_\_\_\_

Si ha estado de baja o incapacitado por motivo de su actividad, indique cuándo y por qué motivo \_\_\_\_\_

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último \_\_\_\_\_

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud \_\_\_\_\_

Observaciones y comentarios \_\_\_\_\_

Estos cuestionarios (anexos) incluidos en la solicitud sustituyen los cuestionarios anteriores, por lo que ya no es necesario llenarlos, a menos que se requiera ampliar información.

## Anexo 2: Deportes de alto riesgo

¿Qué deporte practica?

Nivel: Amateur  Profesional  Desde cuándo

Frecuencia mensual  Lugares donde lo practica

Datos del equipo que utiliza

Si pertenece a algún club, grupo o asociación, especifique

Si cuenta con algún tipo de certificación o licencia, especifique

Si participa en competencias, indique los detalles

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud

Observaciones o comentarios

Estos cuestionarios (anexos) incluidos en la solicitud sustituyen los cuestionarios anteriores, por lo que ya no es necesario llenarlos, a menos que se requiera ampliar información.

## Anexo 3: Aviación

Indique si vuela como:  Piloto profesional  Miembro de la tripulación  Instructor de vuelo  Piloto aficionado o estudiante  Pasajero

Número de horas anuales de vuelo

Tipo de aeronave:  Avión privado  Avión militar  Avioneta  Helicóptero  Planeador  Globo aerostático

Tipo de vuelo:  Líneas comerciales (sólo pilotos y miembros de la tripulación)  Vuelos recreativos o turismo  Aerotaxi  Chárter o carga  Fumigación o inspección  Acrobacia prototipo o exhibición

Clase de aeronave (marca, modelo, año, otras características)

Si tiene licencia o certificación, indique año y fecha de última renovación

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud

Observaciones o comentarios

Estos cuestionarios (anexos) incluidos en la solicitud sustituyen los cuestionarios anteriores, por lo que ya no es necesario llenarlos, a menos que se requiera ampliar información.

## Anexo 4: Uso de drogas

Nombre de la droga

Motivo del consumo

Cantidad usual  Frecuencia de uso semanal

Fecha de último consumo

Si finalizó su consumo, indique fecha

Estos cuestionarios (anexos) incluidos en la solicitud sustituyen los cuestionarios anteriores, por lo que ya no es necesario llenarlos, a menos que se requiera ampliar información.

## Anexo médico

Hay espacio para hasta 3 padecimientos,  
En caso de necesitar más, imprimir otra hoja.

**Padecimiento 1**

Fecha de diagnóstico  Tratamiento

Complicaciones y secuelas

Estado actual de salud

Comentarios

Estos cuestionarios (anexos) incluidos en la solicitud sustituyen los cuestionarios anteriores, por lo que ya no es necesario llenarlos, a menos que se requiera ampliar información.

Nota: En caso de requerir ampliación de la información la compañía lo hará de su conocimiento.

"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 16 de Abril de 2021, con el número CGEN-S0111-0037-2021 / CONDUSEF-G-00718-003".



# Anexo de corrección de datos a la solicitud de seguro de vida individual

## Datos generales del solicitante

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

El que suscribe en carácter de solicitante del seguro, solicitó a INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V. que se efectúen cambios a la solicitud de seguro de vida individual, de acuerdo a lo siguiente:

### CAMBIOS A DATOS GENERALES

1

Corrección de nombre y apellidos     Corrección de R.F.C.     Cambio de beneficiario     Cambio de contratante     Cambio de domicilio

### CAMBIOS CONDUCTOS DE COBRO (ANEXAR FORMATO)

Cambio de conducto de cobro     Cambio de conducto de cobro a CLABE bancaria    **2**  Cambio de conducto de cobro tarjeta de crédito y débito

### OTROS

  
  
  
  
  
  


### DETALLE DE LA MODIFICACIÓN A EFECTUAR

  
  
  


1. Corrección de nombre y apellidos, únicamente letras u ortografía.
2. Cuando se hace un cambio de tarjeta hay que llenar los datos bancarios.

Acepto que el presente anexo modifique los datos señalados anteriormente en la solicitud de vida individual del plan  de fecha .

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
Firma del CONTRATANTE

Nombre del AGENTE

Clave del AGENTE

Clave PROMOTORÍA

"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 16 de Abril de 2021, con el número CGEN-S0111-0037-2021 / CONDUSEF-G-00718-003".