

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

Folio

No. de Póliza

No. de Endoso

Datos del asegurado

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Datos cliente único

Clave de cliente único*

*En caso de llenar este campo ya no es necesario el resto de la información.

Persona física

Género F M CURP Entidad federativa de nacimiento

Correo electrónico Teléfono

Persona moral

RFC Entidad federativa de establecimiento

Correo electrónico Teléfono

Conteste íntegramente el cuestionario a continuación

1. ¿Le ha sido rechazada, cancelada o extraprimada la solicitud o la renovación de la Póliza de Seguro de Vida? Sí No

2. ¿Ha padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad ameritando hospitalización? Sí No

3. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? Sí No

4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a algún tratamiento médico? Sí No

5. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Sí No

6. ¿Cuánto mide? mts. 7. ¿Cuánto pesa? kgs.

8. ¿Ha padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad venérea? Sí No

9. ¿Se le ha practicado alguna prueba de sangre para detectar SIDA, VIH o alguna enfermedad relacionada con éste? Sí No

En caso de contestar afirmativamente:

Fecha en que se realizó la prueba Resultado: Positivo Negativo

10. ¿Ha donado o recibido transfusión de sangre en los últimos cinco años? Sí No

Contestar las siguientes preguntas si el solicitante es mujer

11. ¿Está usted embarazada? Sí No En caso afirmativo ¿Qué mes cursa su embarazo?

12. ¿Ha tenido abortos? Sí No

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

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

www.insignialife.com

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

En caso de respuestas afirmativas, dar amplia información en el cuadro siguiente

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos		
	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual
	dd / mm / aaaa		
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos		
	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual
	dd / mm / aaaa		
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos		
	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual
	dd / mm / aaaa		

Importe de la prima de depósito

Conducto de cobro Tarjeta de crédito Cheque **Entregado a** Agente Compañía

Fecha de vencimiento de la primera prima vencida y no pagada

Si solicita algún cambio en la póliza a partir de la rehabilitación favor indicarlo

Si la rehabilitación de la póliza es rechazada, y una vez realizado la notificación correspondiente, la Compañía devolverá la prima en depósito que el Asegurado haya entregado, dentro de los 15 días hábiles siguientes, a través de la misma forma de pago en que se realizó el depósito, salvo pacto en contrario.

Declaro que las respuestas han sido estrictamente apegadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de Rehabilitación quedará condicionado a la prima de depósito y al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que me sean solicitados por INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V., de acuerdo a la cláusula de rehabilitación de las condiciones generales de la póliza.

Quedo enterado que la rehabilitación se hará a partir del momento en que sea aceptada expresamente por INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.

Lugar y fecha

Clave del AGENTE

Nombre y firma del AGENTE

Nombre y firma del ASEGURADO

Nombre y firma del CONTRATANTE

“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 27 de febrero de 2018, con el número CGEN-S0111-0172-2017”.

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