

Guía Paso a Paso con Insignia Life^{MR}

Guía para llenar la solicitud "Vida Individual"

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Guía para llenar la solicitud “Vida Individual”

¡Bienvenido a esta guía! Aquí encontrarás todos los pasos y consejos necesarios para completar correctamente tu solicitud de Vida Individual. A continuación, **te ofrecemos recomendaciones clave para asegurar que tu solicitud esté correctamente llenada y sea procesada correctamente:**

- 1. Responde todas las preguntas:** Es importante que todas las preguntas de la solicitud estén respondidas.
- 2. Formato no editable:** Te recomendamos no usar un formato editable para ingresar la solicitud.
- 3. Datos personales exactos:** Asegúrate de que el nombre y la fecha de nacimiento coincidan exactamente con los indicados en la solicitud y la identificación oficial.
- 4. Distribución de la suma asegurada:** El porcentaje de distribución de la suma asegurada entre los beneficiarios debe sumar el 100%.
- 5. Plan fiscal:** Si estás haciendo un plan fiscal, es importante incluir la Constancia de Situación Fiscal así como estar consciente que una vez emitida y pagada la póliza no se podrá realizar cambio de plan.
- 6. Cuestionario de salud:** Si la persona solicitante responde “sí” a alguna de las preguntas del cuestionario de salud, te recomendamos adjuntar el anexo correspondiente. Es importante mencionar que esto no será motivo de rechazo de la solicitud.
- 7. Una sola tinta:** Las solicitudes deben ir con una sola tinta, sin mezclar métodos manuales y digitales.
- 8. Referencias personales:** Ten en cuenta que tú como agente/promotor no podrás ser considerado como referencia personal.
- 9. Cotización:** Si se va a contratar un plan universal recuerda que es indispensable adjuntar la cotización con la solicitud.

También te presentamos las recomendaciones en imágenes para ofrecerte una guía visual clara y accesible:

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Persona Física

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Sexo Femenino Masculino *Fecha de nacimiento *Nacionalidad

*Lugar de nacimiento Lugar de residencia

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

*Régimen fiscal

Rúbrica:

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 1 de 14

1

El formato que utilices debe ser el actualizado.
Podrás confirmarlo al validar la dirección.

Persona Física

*Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Sexo Femenino Masculino *Fecha de nacimiento *Nacionalidad

*Lugar de nacimiento Lugar de residencia

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

*Régimen fiscal

Rúbrica:

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 1 de 14

2

Asegúrate de que la solicitud esté compuesta
por 14 páginas y ten en cuenta que el formato
no debe ser editable.

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Sección I.

El dato del **Folio Mercantil** suele ubicarse en las dos primeras páginas del Acta Constitutiva, aunque en algunas ocasiones, también puede encontrarse en la última página. Por ejemplo:

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

es: La elaboración de productos medicinales de toda especie, así como la importación, exportación, distribución, transformación y todo lo relacionado a este giro... entre otros. Que la Administración de la sociedad estará a cargo de un Administrador Único; con Registro Federal de Contribuyentes "GGE141121FY5". Cuyo testimonio quedo inscrito en el Registro Público de Comercio del Distrito Judicial de Puebla, bajo el folio mercantil electrónico número 53279*2".

Para completar la fecha de constitución y la razón social de la empresa, **los datos los podrás encontrar en la primera hoja de la Constancia de Situación Fiscal**, tal como se muestra en la imagen.

Sección I. Contratante / Solicitante

Datos generales del contratante

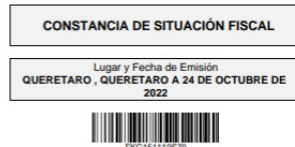
Persona Moral ●

*Fecha de constitución de la empresa ← Folio mercantil *Giro

*Razón social de la empresa

*Régimen fiscal

Dirección de la empresa



Datos de identificación del Contribuyente:	
RFC:	
Denominación/Razón Social:	
Régimen Capital:	SOCIEDAD ANONIMA PROMOTORA DE INVERSION DE CAPITAL VARIABLE
Nombre Comercial:	
Fecha inicio de operaciones:	19 DE NOVIEMBRE DE 2015
Estatus en el padrón:	ACTIVO
Fecha de último cambio de estado:	19 DE NOVIEMBRE DE 2015

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

El **Régimen Fiscal** lo encontrarás en la **segunda hoja de la Constancia de la Situación Fiscal**.

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

Regímenes:		
Régimen	Fecha Inicio	Fecha Fin
Régimen General de Ley Personas Morales	19/11/2015	

Sección II.

No olvides indicar el nombre del plan, plazo del seguro y plazo de pago el cual lo puedes corroborar en tu cotización, por ejemplo:

Nombre del Plan: Vitalicio EA 65

Plazo de seguro: 101

Plazo de pago: EA 65

Es necesario que ingreses la Suma Asegurada y la Prima de Ahorro, aplicables exclusivamente en planes universales. **La prima mínima será igual a la prima de protección (1x1).**

Sección II. Plan, Coberturas y Beneficiarios

Especifique el o los planes que desea contratar

Plan	Nombre del plan	Plazo de seguro	Plazo de pago
1	Moneda: Nacional, Dólares o UDIS	Tipo de cobertura* A B	
	Artículo fiscal al que se hará afecto**	151 185 27	No deducible
2	Moneda: Nacional, Dólares o UDIS	Tipo de cobertura* A B	
	Artículo fiscal al que se hará afecto**	151 185 27	No deducible

Plazo de pago	Suma asegurada	Prima ahorro*
Tipo de cobertura* A B	% de retorno de primas*	100% 75% 50% 25%
27 No deducible		

Rúbrica:

En caso de que el plan ofrezca beneficio fiscal, asegúrate de incluir el número del artículo aplicable.

Artículo fiscal al que se hará afecto**	151 185 27	No deducible	% de retorno de primas*	100% 75% 50% 25%
Plan	Nombre del plan	Plazo de seguro	Plazo de pago	Suma asegurada
2	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%

Rúbrica:

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

En caso de solicitar **beneficios adicionales**, se deberá **indicar la suma asegurada en cada apartado, la cual debe ser igual o inferior a la cobertura de fallecimiento**, con excepción en los planes Avanza, donde la Suma Asegurada por invalidez supera la de fallecimiento.

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"/>	

Es necesario señalar la edad o la fecha de nacimiento completa de los beneficiarios. **Asegúrate de que la suma de los porcentajes sea igual al 100%**

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%

Si el / los beneficiarios **no residen en el mismo domicilio, deberás adjuntar el anexo de domicilio de beneficiarios.**

En caso de requerir beneficiarios secundarios no olvides señalar parentesco y el porcentaje correspondiente.

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

Rúbrica:

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Sección III.

Si en la primera pregunta de la tercera sección se responde de forma afirmativa, será necesario **proporcionar los datos de la póliza en el apartado de abajo.**

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.

Es importante **responder todas las preguntas.** Si alguna respuesta es afirmativa, deberás **adjuntar el Anexo correspondiente** de la solicitud o el cuestionario de riesgos aplicables.

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

Rúbrica:

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Sección V.

Todas las preguntas deberán ser respondidas. **En caso de que sea mujer**, es necesario **contestar la pregunta 5** del cuestionario médico. Asegúrate de que todas las preguntas estén respondidas. **Si alguna respuesta es afirmativa, adjunta el cuestionario médico correspondiente, con el nombre, cédula y firma del médico tratante** asegurándote que la fecha debe ser la misma que en la solicitud.

Ejemplo: Cuestionario de motociclismo, Cuestionario aviación.

5. Si el solicitante es mujer:	¿Está usted embarazada? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	En caso afirmativo, favor de indicar cuántas semanas de gestación tiene a la fecha de esta solicitud <input style="width: 150px;" type="text"/>
---------------------------------------	---	---

¿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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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 de manera afirmativa, llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Sí No

En caso de contestar afirmativamente llenar Anexo Médico.

Rúbrica:

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Sección VI.

Es necesario **proporcionar un mínimo de 2 referencias. Tú no puedes ser una de ellas.**

2. Referencias personales (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	
1. <input type="text"/>	Teléfono () <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	Teléfono () <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	Teléfono () <input type="text"/>

Sección VII.

Es importante que **contestes todas las preguntas.**

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, los estados de cuenta, así como cualquier información correspondiente, 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

IMPORTANTE:

En caso de contestar negativamente no será posible continuar con el trámite.

Indica el lugar y la fecha de llenado.

La **solicitud tiene una vigencia de 60** días a partir de la fecha de firma.

Lugar y fecha de solicitud:

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

Firma del SOLICITANTE

Firma del CONTRATANTE
(Sólo si es diferente al solicitante)

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Si el **contratante y solicitante son la misma persona**, se recomienda **firmar en ambos espacios**. Sin embargo, **la firma indispensable es la que corresponde al rubro del solicitante**.

Lugar y fecha de solicitud:

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

Firma del SOLICITANTE

Firma del CONTRATANTE (Sólo si es diferente al solicitante)

Datos de cobranza

En caso de elegir tarjeta de crédito / débito o transferencia electrónica como medio de pago, se deberá ingresar los datos bancarios correspondientes

Si la opción es a MSI NO es indispensable llenar los datos bancarios.

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

Sección VIII.

No olvides contestar la pregunta.

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

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com

Contestar de acuerdo con las **documentación proporcionada del Art.492.**

Relación de documentos persona física	Relación de documentos persona moral
Documento: <input type="checkbox"/> Identificación oficial / Pasaporte, Residente Permanente (FM2) y Forma Migratoria para no Inmigrante (FM3) <input type="checkbox"/> Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) <input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, si se cuenta con ella <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio <input type="checkbox"/> Documento con que se acredite legal estancia en el país, en caso de extranjeros <input type="checkbox"/> Clave del Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) si se cuenta con ella <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal y/o equivalente (con homoclave), si se cuenta con ella	Documento: <input type="checkbox"/> Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio <input type="checkbox"/> Cédula de identificación fiscal <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio <input type="checkbox"/> Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante <input type="checkbox"/> Identificación oficial del apoderado legal <input type="checkbox"/> Identificación de la persona Física que ejerza el control de la compañía / persona moral *

Rúbrica:

Requisitar el siguiente apartado.

Aspectos internos de la compañía para ser solicitados por el agente

- ¿Hace cuánto conoce al solicitante?
- Si lo conoce recientemente, ¿quién se lo refirió?
- ¿Le han rechazado o extra primado alguna solicitud de seguro? Sí No
- Si este seguro es solicitado para cancelar otro, indica ¿cuál y por qué? Sí No
- ¿Le consta que se llenó y firmó la solicitud completa? Sí No

En caso de que el **solicitante haya sido referido, llena el siguiente apartado.**

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)

Proporciona tus datos, además **indica si se desea cesión de comisión o comisión compartida.**

No olvides tu firma.

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

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 - 3363 | 800 00 55555

insignialife.com