

Póliza: 101-0000006965-01			
Desde	VIGENCIA		Hasta
08/01/2025	12 Hrs.	08/01/2026	12 Hrs.

POLIZA DE SEGURO



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., Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 01800 99 98080, webmaster@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 /CONDUSEF -004609-05



Póliza	Fecha de Emisión	Desde	Vigencia a las 12 horas	Hasta
101-0000006965-01	10/02/2025	08/01/2025		08/01/2026
CONTRATANTE				
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO				
FILIAL				
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO				
CATEGORIAS				
Descripción	Coberturas	Regla de Suma Asegurada		
EMPLEADOS ACTIVOS	TEMPORAL	FACTOR POR SUELDO	27	
	CAIF	CANTIDAD UNIFORME	1	
	AET	CANTIDAD UNIFORME	1	
	MTEA Y PERD MIEMBROS A	FACTOR POR SUELDO	27	
	SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	FACTOR POR SUELDO	27	
	SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	FACTOR POR SUELDO	27	

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución Firma el Presente Documento en la Ciudad de México, el día 10 de febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

DOCUMENTO DE PAGO

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



DATOS DEL CONTRATANTE

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO
PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069, QUERETARO, QUERETARO
R. F. C.: IAO860501EG2

FECHA DE EXPEDICIÓN	MONEDA	FORMA DE PAGO	SERIE	VIGENCIA DEL RECIBO		No. DE PÓLIZA	No. DE ENDOSO
				DESDE	HASTA		
10/02/2025	NACIONAL	ANUAL	1 / 1	08/01/2025	08/01/2026	101-0000006965-01	

DOCUMENTO DE PAGO	PRIMA Y GASTOS	
Cheque Tarjeta Crédito Tarjeta Debito	PRIMA NETA	73,017.38
Tarjeta o cheque No.:	MONTO DE FINANCIAMIENTO	0.00
Banco:	GASTOS DE EXPEDICIÓN	0.00
FECHA DE PAGO, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	TOTAL	73,017.38
	REGISTRO : 000014603-48	

IMPORTE CON LETRA

NETO A PAGAR 73,017.38

*****SETENTA Y TRES MIL DIECISIETE PESOS 38/100 M.N.*****

DOCUMENTOS QUE AMPARA ESTE RECIBO

CONTROL	PROMOTOR	AGENTE	NOMBRE DEL AGENTE
	322	71225	JOSE HECTOR ROMO ZARAGOZA

BANCO	CONTRATO	REFERENCIA
SANTANDER	CIE 2776 / 014180220002613754	00000317175440702254
SANTANDER DÓLARES	CIE 82500439742 / 014180825004397428	00000317175440702254
BANAMEX	SUC 23 2210001 / 002180002322100012	00000317175440702254
BANAMEX DOLARES	SUC 660 9583558 / 002180066095835582	00000317175440702254
BBVA BANCOMER	CIEC 849499 / 012180001768043575	00000317175440702254
BBVA BANCOMER DÓLARES	CIEC 981001 / 012180001644962644	00000317175440702254

ESTE DOCUMENTO NO CORRESPONDE A UN COMPROBANTE FISCAL



Emisor

ILI0805169R6 -INSIGNIA LIFE
Régimen fiscal: 601 General de Ley Personas Morales
Mario Pani No. 400 Int. Piso 15
Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos
C.P. 05348 Ciudad de México, México

Información póliza
No. Póliza: 101-0000006965-01
VIDA GRUPO
EXPERIENCIA GLOBAL
Producto: 2020
Inicio Vigencia: 08 DE ENERO DE 2025
Fin Vigencia: 08 DE ENERO DE 2026
Frecuencia: ANUAL

Información fiscal
No. Certificado SAT 00001000000519281088 Fecha de certificación 2025-02-10T09:47:46
No. Certificado Emisor 00001000000515133753 Fecha de emisión 2025-02-10T15:48:49
Folio fiscal 95F4EE50-6504-4CF2-B120-FA2C3B0E1408
Lugar de Expedición 05348 Ciudad de México, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México

Receptor
IAO860501EG2- INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE
QUERETARO
Uso del CFDI: G03 Gastos en general.
Domicilio Fiscal: 76069
Régimen Fiscal: 603

Información comercial
Serie y Folio SIILI 1016965
Tipo de Comprobante I Ingreso
Moneda MXN
Tipo de cambio 1
Exportación 01
Forma de Pago 99 Por definir
Método de pago PPD Pago en parcialidades o diferido

Clave	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	Importe	Obj. de Impuesto
84131601	1	IP	PRIMA DE SEGURO, POLIZA: 101-0000006965-01 Impuesto trasladado: 002 IVA Exento Base para el cálculo: \$73,017.38	\$73,017.38	\$73,017.38	02

Subtotal \$73,017.38
Descuento
Total \$73,017.38

IMPORTE CON LETRA
SETENTA Y TRES MIL DIECISIETE PESOS 38/100 MXN

RFC del proveedor que certifica:

ASE0201179X0

Cadena Original del Complemento de Certificación Digital del SAT:

||1.1|95F4EE50-6504-4CF2-B120-FA2C3B0E1408|2025-02-10T15:48:49|ASE0201179X0|VubJCaBr86fMnVsXH6bh7mlsewCeR6969fy5+we100Lht+OESA5qthzg9FgjWxP1OAUz4DOFuP/FtExVlWDbzc0K00+Uyn04MGwa/isysu8+e8wE3doctgPFBMWXyAWJcs65gAZmtWD8svcbN5m5DOZ3rn7TQ0JiuOOwj3xsMr5wCV8CjUAPwW+VSpA/f+65/Oiyjy/rtBnysD5uGjumHz39wMcDLflopzvOnmRkd4s1laSe/PSx7h6IOHr/INvK8Eqv7r5hSIUEyyKhUY6h36PrnfJVRZIGypcYTM8BNqSuRZvne+WqyAvYAVP1KP8FBbBR9zp0wXBkg6lja7RQ==|00001000000519281088||

Sello Digital SAT:

SzOvVr2FPrjJh9jYoHLw5xZQobNAnKT+mh8WGcpg0NjDbNW5bQwEykqsMUIhDERE5kdwGHjzKqNgSV2adfwXxqRgm+4MyGohruUD22puTTgPSGQRlilubRdrBCubE8H3kVbWFlc0MOg9x7vSY+9fEqKZpl1hNVq2jc3SKlglMsGMR81ESUJAWAtUdbk3PckwNEE1S2mMzk/ASb2j9tIW3UPnBZHQ3IPVbGwJGAo8CzcSDJf3WPzvkyYbvVLG6IQL3sWK1aJU0Z4kyb5oJauQsKgXmYmqCjI7ubUx0Jm0VJRhulGA3bNBzqaga0F7iy1Jq9F2gBvRlaL/p1tXE90OAQ==

Sello Digital:

VubJCaBr86fMnVsXH6bh7mlsewCeR6969fy5+we100Lht+OESA5qthzg9FgjWxP1OAUz4DOFuP/FtExVlWDbzc0K00+Uyn04MGwa/isysu8+e8wE3doctgPFBMWXyAWJcs65gAZmtWD8svcbN5m5DOZ3rn7TQ0JiuOOwj3xsMr5wCV8CjUAPwW+VSpA/f+65/Oiyjy/rtBnysD5uGjumHz39wMcDLflopzvOnmRkd4s1laSe/PSx7h6IOHr/INvK8Eqv7r5hSIUEyyKhUY6h36PrnfJVRZIGypcYTM8BNqSuRZvne+WqyAvYAVP1KP8FBbBR9zp0wXBkg6lja7RQ==



Este documento es una representación impresa de un CFDI

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alc. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **08/01/2025** **VIGENCIA** 12 Hrs. **Hasta** **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE:

Texto Aclaratorio:
ENDOSOS ESPECIALES INSIGNIA LIFE GRUPO

ALCOHOL:

Se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

ASALTO:

Se cubre en el beneficio de accidente (en caso de tener el beneficio contratado), el fallecimiento o lesiones del asegurado por asalto, cuando éste sea la víctima, condicionado a la existencia de acta del Ministerio Público con la cual se pueda comprobar tal evento.

ENDOSO ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO (CAIF):

Se hace constar que al ocurrir el Fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar a la aseguradora el pago de un anticipo de la Suma Asegurada de la cobertura Básica con la presentación de los requisitos establecidos como mínimos para esta cobertura. La cantidad que la Compañía pague como anticipo Inmediato por Fallecimiento, será descontada de la suma asegurada de la cobertura básica y en consecuencia de la liquidación final a que los Beneficiarios tengan derecho. La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía, será del 30% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica estipulada en el certificado individual, sin exceder de 2,500 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha de siniestro.

CLÁUSULA DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL DEL ASEGURADO TITULAR (CAET):

Si el asegurado Titular se le diagnostica por primera vez una enfermedad terminal mientras la Póliza y el Certificado correspondiente se encuentren en vigor, el Beneficiario podrá solicitar a la aseguradora el pago de un anticipo de la suma asegurada de la cobertura básica, siempre que el diagnóstico de la enfermedad terminal haya sido posterior a 6 (seis) meses de la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual del Asegurado Titular. El

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **08/01/2025** **VIGENCIA** 12 Hrs. **Hasta** **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

anticipo será pagado por la Compañía después de que hayan transcurrido 3 (tres) meses de la fecha de diagnóstico de la enfermedad terminal. La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía, será del 30% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica estipulada en el certificado individual, sin exceder de 2,500 veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha de siniestro. Se entenderá por enfermedad terminal, cualquier padecimiento de carácter irreversible, progresivo e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediamente a la muerte del Asegurado, por no existir para dicho asegurado tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuyo pronóstico de vida para el Asegurado, según dictamen médico sea menor de 6 (seis) meses. La Enfermedad Terminal tiene que ser confirmada con:

- Pruebas clínicas
- Pruebas histopatológicas
- Pruebas radiológicas
- Laboratorio y gabinete.

El dictamen debe ser: - Hecho por un médico especialista en la materia el cual es legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, - Firmado por tal médico especialista incluyendo fecha y confirmando lo expuesto en el primer párrafo arriba.

AVIACION PARTICULAR

Se cubre los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún asegurado, cuya actividad no sea piloto a consecuencia de un accidente como pasajero en la aviación particular hasta por 300 hrs. anuales de vuelo por persona, entendiendo por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial y que cuente con bitácora de registro, siempre que el piloto que conduzca la aeronave tenga licencia de piloto aviador vigente. Esta cobertura se otorga a máximo 5 asegurados en su solo vuelo.

CONSENTIMIENTOS DE OTRAS COMPAÑÍAS

Se aceptarán los consentimientos que hayan sido requisitados hasta 15 años antes de la fecha de inicio de vigencia con Insignia Life.

DEPORTES PELIGROSOS

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Póliza No.: 101-0000006965-01		Endoso No.: 0000011295 - B		
Desde 08/01/2025	VIGENCIA 12 Hrs.	Hasta 08/01/2026	12 Hrs.	

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO PRIV EMETERIO GONZALEZ 60 Col. HERCULES C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO R.F.C: IAO860501EG2 ID. ASEGURADO: 33758	Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS	
	Moneda :	NACIONAL
Forma de Pago :	ANUAL	
Vigencia del Endoso:	08/01/2025	08/01/2026

INCREMENTOS AUTOMÁTICOS DE SUMAS ASEGURADAS

INDISPUTABILIDAD

MODIFICACION DE EDAD

MOTOCICLISMO

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **08/01/2025** **VIGENCIA** 12 Hrs. **Hasta** **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

PROTECCION ADICIONAL POR 30 DIAS

Se podrá cubrir por un periodo máximo de 30 días a aquellos empleados que dejen de prestar sus servicios para el Contratante con afectación a la siniestralidad de la póliza y considerando la suma asegurada contratada por beneficio al momento de la baja.

PROTECCION POR 30 DÍAS MIENTRAS SE PRESENTAN PRUEBAS MÉDICAS

Se cubre por el total de suma asegurada que les corresponda a los asegurados que requieran presentar pruebas médicas por un periodo de 30 días contados a la fecha en que le sean notificadas éstas, sólo si el fallecimiento es a consecuencia de un accidente.

SUICIDIO

Se cubre la muerte por suicidio (no se considera como accidentes), cuando éste ocurra dentro de la vigencia del contrato cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, con un periodo de espera de cero años.

REDUCCIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA

Se reduce el periodo de espera para los beneficios de invalidez a quedar en cero meses siempre que se cuente con un el dictamen de invalidez expedido por instituciones públicas de medicina del trabajo público (IMSS, ISSSTE o institución pública con unidad en medicina del trabajo).

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Este endoso aplica únicamente para pólizas de seguro de grupo, donde el Contratante otorga este seguro como una prestación para sus empleados y que al momento del inicio de vigencia de la póliza en Insignia ningún asegurado este en proceso de incapacidad total y permanente. Se cubrirá la invalidez, siempre que el padecimiento que originó la invalidez del Asegurado, se hubiera manifestado mientras el asegurado se encontraba en la póliza de vida grupo del Contratante y haya tenido cobertura continua e ininterrumpida.

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **VIGENCIA** **Hasta**
08/01/2025 12 Hrs. **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

ACCIDENTES EN VEHÍCULOS A EXCESO DE VELOCIDAD

Se cubren los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) hasta por un monto máximo de \$1,000,000.00 M.N., por el siniestro que sufra el asegurado a causa de vehículos a exceso de velocidad, siempre que no se encuentre en competencia profesional o amateur, pruebas de velocidad y/o estuviera bajo influencia de sustancias ilegales y/o presencia de alcohol. Este solo procederá sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

ENVENENAMIENTO

Se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) hasta por un monto máximo de \$1,000,000.00 M.N., por el siniestro que sufra el asegurado a causa de envenenamiento involuntario por accidente, siempre y cuando en las investigaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el responsable del accidente.

CONDICIONES GENERALES:

En virtud de la contratación de la póliza, el Contratante acepta conocer la documentación contractual aplicable al producto y se compromete a resguardar los certificados individuales de cada miembro del grupo asegurado, y entregarlo a la Aseguradora en caso de siniestro o que esta última se lo requiera.

ASISTENCIA FUNERARIA:

Por medio del presente endoso se hace constar que los asegurados quedan amparados con el servicio de Asistencia Funeraria operado por Blu Asistencia, S.A. de C.V. y podrás consultar las condiciones en www.bluassistance.com/insignialifefuneraria.

REPATRIACIÓN DE RESTOS

Por medio del presente endoso se hace constar que los asegurados quedan amparados con el servicio de Repatriación de Restos operado por Blu Asistencia, S.A. de C.V. y podrás consultar las condiciones en www.bluassistance.com/insignialifefuneraria.

ENDOSO ASISTENCIA FUNERARIA Y REPATRIACION DE RESTOS:

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **VIGENCIA** **Hasta**
08/01/2025 12 Hrs. **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

Por medio del presente endoso se hace constar que los asegurados quedan amparados con el servicio de Asistencia Funeraria operado por Blu Asistencia, S.A. de C.V. y podrás consultar las condiciones en www.bluassistance.com/insignialifefuneraria.

La Asistencia funeraria consta de:

- Recolección del cuerpo
- Arreglo estético del cuerpo
- Ataúd metálico
- Sala de velación o en domicilio particular
- Asesoría en trámites
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de cremación: urna básica y ataúd para velación
- Servicio de inhumación: embalsamado, traslado en carroza, pago de derechos para la inhumación en cementerios y panteones civiles o municipales
- Servicio de tanatología
- Asesoría testamentaria

La Repatriación de restos (hasta por \$50,000 M.N por evento) consta de:

- Rescate del cuerpo
- Aseo y arreglo estético
- Servicio de Embalsamamiento
- Ataúd metálico
- Trámites de la Secretaría de Salud
- Trámites ante el Registro Civil
- Trámites de Sanidad Internacional
- Certificado de Embalsamamiento
- Vuelo al país destino

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde **VIGENCIA** **Hasta**
08/01/2025 12 Hrs. **08/01/2026** 12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda : NACIONAL
Forma de Pago : ANUAL
Vigencia del Endoso: 08/01/2025 08/01/2026

La Asistencia funeraria se deberá solicitar llamando al 800 629 4444 y se brindará a través de la red de proveedores en convenio. El Servicio de Asistencia funeraria es operado por Blu Asistencia, S.A. de C.V. y podrá consultar las condiciones particulares en <http://www.bluasistencia.com/insignialifefuneraria> Al ser un servicio prestado por un tercero, para efectos de esta asistencia, no existirá obligación alguna entre INSIGNIA LIFE y los deudos. El servicio proporcionado por esta asistencia no obliga la aceptación de los siniestros de otras pólizas.

Exclusiones:

- Asistencia funeraria fuera de la República Mexicana.
- Los gastos de traslado fuera de la localidad, municipio, alcaldía o zona conurbada de la localidad donde se encuentre el cuerpo con distancia mayor a 50 km.
- Gastos por servicios funerarios diferentes a los antes mencionados.
- Reembolso de gastos realizados por servicios y/o asistencias funerarias cuando el reclamante no hubiese solicitado la asistencia a INSIGNIA LIFE al momento del fallecimiento del asegurado.

ENDOSO ESPECIAL PARA LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN DIGITAL EN EL PROCESO DE SINIESTROS:

Mediante el presente endoso, Insignia Life realizará el pago de los siniestros reportados en la póliza teniendo únicamente documentación digital o en copia simple, misma que deberá mantener las características requeridas para los trámites ordinarios de un siniestro, así como los sellos y/o leyendas de cotejo necesarios, siempre que no se actualice alguno de los siguientes supuestos:

1. Que por cualquier razón, a discreción del área de siniestros de Insignia Life, se requiera y/o solicite documentación en original.
2. Que el acta de defunción no posea mecanismos digitales para su validación, o que teniéndolos, no sea posible validarlos.

Asimismo, será obligación del contratante de la póliza el mantener en resguardo, toda la documentación presentada para cada uno de los siniestros, debiéndose presentar a Insignia Life si ésta se lo requiere en un plazo no mayor a cinco días hábiles posterior al requerimiento de esta Aseguradora.

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insignialife.com

ENDOSO



Póliza No.:
101-0000006965-01

Endoso No.:
0000011295 - B

Desde	VIGENCIA	Hasta	
08/01/2025	12 Hrs.	08/01/2026	12 Hrs.

Producto
VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL 2020

INFORMACION GENERAL DEL ENDOSO

INFORMACION DEL CONTRATANTE

DESGLOSE DE PRIMAS

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60
Col. HERCULES
C.P. 76069 , QUERETARO , QUERETARO
R.F.C: IAO860501EG2

ID. ASEGURADO: 33758

Tipo de Endoso: DE MOVIMIENTOS

Moneda :	NACIONAL	
Forma de Pago :	ANUAL	
Vigencia del Endoso:	08/01/2025	08/01/2026

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

El pago de la suma asegurada se hará cuando **INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.**, reciba pruebas de la realización del evento cubierto al Asegurado, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor.

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 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el día a 10 de Febrero del 2025

James H. Hill

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

Mario Pani 400, Piso 15, Santa Fe Cuajimalpa, C. P. 05348 , Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de Mexico, Tel. (55)3088-3663 018000055555
www.insianialife.com

Consentimiento / Certificado
Seguro de Vida Grupo



Table with 4 columns: No. de poliza, Vigencia de la poliza (Desde/Hasta), No. de certificado, and Vigencia del certificado (Desde/Hasta).

Datos del contratante

Table with 2 columns: Nombre o Razón Social del Contratante and R.F.C.

Datos del asegurado

Table with 4 columns: Apellido paterno, materno y nombre(s), Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave), Fecha de nacimiento, and Sexo.

Regla para determinar la suma asegurada

Table with 2 columns: Subgrupo (en caso de existir) and Regla para determinar la suma asegurada.

Detalle de coberturas

Table with 2 columns: Nombre de la cobertura and Suma asegurada.

Beneficiarios

Table with 4 columns: Apellido paterno, materno y nombres(s), Edad o fecha de nacimiento, Parentesco (para efectos de identificación), and Porcentaje.

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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado
Seguro de Vida Grupo



Table with 4 columns: No. de poliza, Vigencia de la poliza (Desde/Hasta), No. de certificado, and Vigencia del certificado (Desde/Hasta).

Datos del contratante

Table with 2 columns: Nombre o Razón Social del Contratante and R.F.C.

Datos del asegurado

Table with 4 columns: Apellido paterno, materno y nombre(s), Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave), Fecha de nacimiento, and Sexo.

Regla para determinar la suma asegurada

Table with 2 columns: Subgrupo (en caso de existir) and Regla para determinar la suma asegurada.

Detalle de coberturas

Table with 2 columns: Nombre de la cobertura and Suma asegurada.

Beneficiarios

Table with 4 columns: Apellido paterno, materno y nombres(s), Edad o fecha de nacimiento, Parentesco (para efectos de identificación), and Porcentaje.

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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	3	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	NIEVES PACHECO GABRIEL		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	25/08/1972	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	4	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	HERNANDEZ GALLEGOS HERMELO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	22/03/1979	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	5	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	VARGAS GONZALEZ ALEJANDRINA FLORINA		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	28/03/1968	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	6	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	DIMAS DE LEON AUGURIO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	25/02/1979	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	7	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	TIRADO MILLAN JUAN ANTONIO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	07/08/1978	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	8	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	SANCHEZ PEÑA ANA CELIA		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	28/08/1976	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	9	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	RODRIGUEZ ROMERO ENRIQUE		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	30/12/1982	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	10	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	MARTINEZ OLVERA J REYES		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	13/02/1968	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	11	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	HERNANDEZ GARCIA JAVIER		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	20/05/1956	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	NO INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	NO INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	12	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	MORAN GUERRERO MARISELA		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	28/09/1990	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	13	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	MENDOZA SANCHEZ FERNANDO DE NESTOR		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	07/06/1988	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	14	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	PEREZ JIMENEZ MARIA DEL CARMEN		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	05/07/1965	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	15	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	JIMENEZ LOPEZ MARTIN		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	22/08/1964	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	16	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	RESENDIZ PERRUSQUIA CARLOS ALBERTO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	10/04/1982	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	17	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	GARCIA MUÑOZ MARIA CRISTINA		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	15/03/1973	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de póliza	Vigencia de la póliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	18	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	HERRERA AGUILAR CARLOS		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	30/12/1978	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de póliza	Vigencia de la póliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	19	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	TEPETATE BECERRA JONATHAN		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	11/12/1998	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	20	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	CUELLAR PIÑA J MARCIANO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	25/05/1967	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	21	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	RODRIGUEZ JIMENEZ FERNANDO		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	01/01/1968	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Cnetro de Atención Telefónica 800 00 55555, atencionacientes@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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de póliza	Vigencia de la póliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	22	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)	OCHOA ALVAREZ JORGE ENRIQUE		
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	09/09/1963	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

Consentimiento / Certificado

Seguro de Vida Grupo



No. de poliza	Vigencia de la poliza		No. de certificado	Vigencia del certificado	
101-0000006965-01	Desde	Hasta	-	Desde	Hasta
	08/01/2025	08/01/2026		08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.

Datos del contratante

Nombre o Razón Social del Contratante	R.F.C
INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO	IAO860501EG2

Datos del asegurado

Apellido paterno, materno y nombre(s)		-	
Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimiento	Sexo	
-	-	Femenino	Masculino

Regla para determinar la suma asegurada

Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS
Regla para determinar la suma asegurada	Contribución del asegurado al pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 MESES	-

Detalle de coberturas

Nombre de la cobertura	Suma asegurada
TEMPORAL	INCLUIDA
MTEA Y PERD MIEMBROS A	INCLUIDA
SA INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	INCLUIDA
-	-

Beneficiarios

Apellido paterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer 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.

El presente contrato de seguro cuenta con coberturas, exclusiones y restricciones, las cuales lo invitamos a consultar en las condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

En cumplimiento a los 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 12 de Julio 2021 , con el número CNSF-S0111-0489-2020 / CONDUSEF -004609-05

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. No obstante lo anterior, es 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 manifieste por escrito a Insignia Life, S.A de C.V., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Nombre completo del Asegurado

Fecha

Firma

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., Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos correspondientes al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta

días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida

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

Mario Pani 400, Piso 15, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, CDMX.
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
www.insignialife.com

REGISTRO DE ASEGURADOS



Subramo : EXP GLOBAL POR RIESGO
 Póliza : 101-0000006965-01
 Moneda : NACIONAL
 Inicio Vigencia: 08/01/2025

Contratante : INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO
 Domicilio : PRIV EMETERIO GONZALEZ 60, HERCULES (76069), QUERETARO, QUERETAROPágina : 110
 Código Postal : 76069 PAMEXI
 Fin Vigencia: 08/01/2026

Fecha : 10/02/2025

No. de Certificado	A S E G U R A D O	Parentesco	Edad	Sexo	Situación	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Fecha de Movimiento Día / Mes/ Año	Suma Asegurada	Prima Neta	Prima Neta Anual
Filial : 1		INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO								
Categoría: EMPLEADOS ACTIVOS										
1	ESTHER RESENDIZ PEÑA	T	48	F	VIGENTE	12/09/1976	08/01/2025	503,577.00	2,134.02	2,134.02
2	FELIX AGUILAR ACOSTA	T	46	M	VIGENTE	14/12/1978	08/01/2025	644,247.00	2,730.16	2,730.16
3	GABRIEL NIEVES PACHECO	T	52	M	VIGENTE	25/08/1972	08/01/2025	807,246.00	3,420.91	3,420.91
4	HERMELO HERNANDEZ GALLEGOS	T	45	M	VIGENTE	22/03/1979	08/01/2025	512,433.00	2,171.56	2,171.56
5	ALEJANDRINA FLORINA VARGAS GONZALEZ	T	56	F	VIGENTE	28/03/1968	08/01/2025	982,233.00	4,162.46	4,162.46
6	AUGURIO DIMAS DE LEON	T	45	M	VIGENTE	25/02/1979	08/01/2025	868,293.00	3,679.61	3,679.61
7	JUAN ANTONIO TIRADO MILLAN	T	46	M	VIGENTE	07/08/1978	08/01/2025	473,715.00	2,007.49	2,007.49
8	ANA CELIA SANCHEZ PEÑA	T	48	F	VIGENTE	28/08/1976	08/01/2025	978,237.00	4,145.52	4,145.52
9	ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO	T	42	M	VIGENTE	30/12/1982	08/01/2025	713,934.00	3,025.48	3,025.48
10	J REYES MARTINEZ OLVERA	T	56	F	VIGENTE	13/02/1968	08/01/2025	583,632.00	2,473.29	2,473.29
11	JAVIER HERNANDEZ GARCIA	T	68	M	VIGENTE	20/05/1956	08/01/2025	521,964.00	1,395.41	1,395.41
12	MARISELA MORAN GUERRERO	T	34	F	VIGENTE	28/09/1990	08/01/2025	583,632.00	2,473.29	2,473.29
13	FERNANDO DE NESTOR MENDOZA SANCHEZ	T	36	M	VIGENTE	07/06/1988	08/01/2025	1,694,331.00	7,180.14	7,180.14
14	MARIA DEL CARMEN PEREZ JIMENEZ	T	59	F	VIGENTE	05/07/1965	08/01/2025	1,431,162.00	6,064.90	6,064.90
15	MARTIN JIMENEZ LOPEZ	T	60	M	VIGENTE	22/08/1964	08/01/2025	1,366,605.00	5,791.33	5,791.33
16	CARLOS ALBERTO RESENDIZ PERRUSQUIA	T	42	M	VIGENTE	10/04/1982	08/01/2025	960,120.00	4,068.74	4,068.74
17	MARIA CRISTINA GARCIA MUÑOZ	T	51	F	VIGENTE	15/03/1973	08/01/2025	555,228.00	2,352.92	2,352.92
18	CARLOS HERRERA AGUILAR	T	46	M	VIGENTE	30/12/1978	08/01/2025	712,746.00	3,020.44	3,020.44
19	JONATHAN TEPETATE BECERRA	T	26	M	VIGENTE	11/12/1998	08/01/2025	555,228.00	2,352.92	2,352.92
20	J MARCIANO CUELLAR PIÑA	T	57	M	VIGENTE	25/05/1967	08/01/2025	545,211.00	2,310.47	2,310.47
21	FERNANDO RODRIGUEZ JIMENEZ	T	57	M	VIGENTE	01/01/1968	08/01/2025	713,637.00	3,024.21	3,024.21
22	JORGE ENRIQUE OCHOA ALVAREZ	T	61	M	VIGENTE	09/09/1963	08/01/2025	715,500.00	3,032.11	3,032.11
Total Categoría										
Totales		Incisos	22					17,422,911.00	73,017.38	73,017.38

 Insignia Life

Fecha : 10/02/2025

Domicilio : PRIV EMETERIO GONZALEZ 60, HERCULES (76069), QUERETARO, QUERETAPágina : 20

Código Postal : 76069 PAMEXI

Fin Vigencia: 08/01/2026

No. de Certificado	A S E G U R A D O	Parentesco	Edad Sexo	Situación	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Fecha de Movimiento Día / Mes/ Año	Suma Asegurada	Prima Neta	Prima Neta Anual
Total Filial									
	Totales	Incisos	22				17,422,911.00	73,017.38	73,017.38
Total Póliza									
	Totales	Incisos	22				17,422,911.00	73,017.38	73,017.38
							Prima Neta Total	73,017.38	
							Derechos	0.00	
							Rec. X Pago Fracc.	0.00	
							Prima Total	73,017.38	

RFC emisor:

ILI0805169R6

Nombre emisor:

INSIGNIA LIFE

Folio:

101

RFC receptor:

IAO860501EG2

Nombre receptor:

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

Código postal del receptor:

76069

Régimen fiscal receptor:

Personas Morales con Fines no Lucrativos

Uso CFDI:

Devoluciones, descuentos o bonificaciones.

Folio fiscal:

C6308A95-5F24-4F26-A36C-8DC5BBCE334F

No. de serie del CSD:

00001000000515133753

Serie:

SIILE

Código postal, fecha y hora de emisión:

05348 2025-02-25 12:55:31

Efecto de comprobante:

Egreso

Régimen fiscal:

General de Ley Personas Morales

Exportación:

No aplica

Conceptos

Clave del producto y/o servicio	No. identificación	Cantidad	Clave de unidad	Unidad	Valor unitario	Importe	Descuento	Objeto impuesto
84131601		1	IP	Póliza de Seguros	73,017.38	73,017.38		Si objeto de impuesto.
Descripción	PRIMA DE SEGURO, POLIZA: 101-0000006965-01				Impuesto	Tipo	Base	Tipo FactorTasa o CuotaImporte
					IVA	Traslado	73,017.38	Exento
Número de pedimento		Número de cuenta predial						

Moneda:

Peso Mexicano

Forma de pago:

Por definir

Método de pago:

Pago en parcialidades o diferido

Tipo de cambio:

1

Tipo de relación:

Nota de crédito de los documentos relacionados

Folio fiscal relacionado:

95F4EE50-6504-4CF2-B120-FA2C3B0E1408

Subtotal

\$ 73,017.38

Total

\$ 73,017.38

Sello digital del CFDI:

gslcS/QfyhBM4lenC18O30bsO9iBHRu0f2p313De2JBizl8Xkn69zYvXHVskIUOwKsF/MH7nwWWDQt6jz/fXU+5aKrLj4hHmJRAxy93PcKx02y3Lw/fna6K+sKL4KqSfGad8AMYu8LHnZPDz6HuUQlpqdEsZjoQFw3B/Wb9jggTie68LWB/J2BKG9bf+4gOxXti4sT55XjjidqjRdweIS44sZNgVwOZwKzYkb+xR3JpAjp0meViScJQRggVH+n3wvIFvcAscLO+aCBFUgFoUDCWWgDu5FcLtBmzs8NVw2CFJ7NC+sAC5FkjJxyBkZ5CHwQ2fOy+uDiquejl25yrgZ0w==

Sello digital del SAT:

X25+TbLG1QEAzFJTZ0flKYLby906zTPE9N3oYOTVObypogB6ypPJOWLq3GjsSb8Sfcx61GUSJ/wqm08FLjxh1Gwfa24dUxoBrBTbA89mSs0v6Hh+PWSie2kD57ZtD/l8FWl/Ucr30rlm2n+P72Tot+geIGmBs/5N9eseO5zpv0MoYILZHk2hOgb/N+gWBF0dGdD03l9BVbU9SMoAcav57EBOmU1K9pledUYfnB+xiu8wmHMUv6Jy8wmSq/ILn2oPJXXJ+omleeGVUAZc29FVNcaw47kXs93ich704tUPIxJo1ZsZjdO4h2NIVjwgVCpWPF333OuvZSVCTCKDrCQrDw==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

[|1.1|C6308A95-5F24-4F26-A36C-8DC5BBCE334F|2025-02-25T18:56:34|ASE0201179X0|gslcS/QfyhBM4lenC18O30bsO9iBHRu0f2p313De2JBizl8Xkn69zYvXHVskIUOwKsF/MH7nwWWDQt6jz/fXU+5aKrLj4hHmJRAxy93PcKx02y3Lw/fna6K+sKL4KqSfGad8AMYu8LHnZPDz6HuUQlpqdEsZjoQFw3B/Wb9jggTie68LWB/J2BKG9bf+4gOxXti4sT55XjjidqjRdweIS44sZNgVwOZwKzYkb+xR3JpAjp0meViScJQRggVH+n3wvIFvcAscLO+aCBFUgFoUDCWWgDu5FcLtBmzs8NVw2CFJ7NC+sAC5FkjJxyBkZ5CHwQ2fOy+uDiquejl25yrgZ0w==|00001000000519281088|]

RFC del proveedor de certificación:

ASE0201179X0

Fecha y hora de certificación:

2025-02-25 18:56:34

No. de serie del certificado SAT

00001000000519281088

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Página 1 de 1



El Banco de Hoy



Banca Afirme, S.A.

Comprobante Transferencia SPEI INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO(CARP)

Folio:	250228105558
Número de referencia :	247010157
Contrato :	2476214001
Usuario que ingresó :	CARP
Cuenta de cargo :	16291016158_
Importe de transferencia:	73,017.38 MXP
Cuenta de abono :	012180001768043575
Banco receptor :	BBVA MEXICO
Plaza receptora :	D.F.
Beneficiario :	INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.
Número de Referencia:	1
Concepto del pago :	00000317175440702254
RFC del beneficiario :	
Monto IVA :	0.00
Comisión de la transacción :	6.00 MXP + IVA
Referencia Spei:	110070
Clave de rastreo:	250228125236501110070247010157
Fecha de programación :	28/02/25
Hora de programación :	Inmediata
Fecha de operación :	28/02/25
Hora de operación :	12:58:02
Estado :	Exitoso