Póliza: 101-000006965-01

VIGENCIA Hasta 12 Hrs. | 08/01/2026

POLIZA DE SEGURO



08/01/2025 12 Hrs. 08/01/2026 12 Hrs. Linea de Negocio

EXP GLOBAL POR RIESGO

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATANTE

INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO

PRIV EMETERIO GONZALEZ 60

HERCULES

C.P. 76069

QUERETARO

Desde

QUERETARO

ID CONTRATANTE 33758

R.F.C. IAO860501EG2

Tipo de Grupo Asegurado: EMPLEADOS ACTIVOS

		SUMAS ASEGURADAS		
Total Básica Inicial	\$17,422,911.00	Máxima sin requis	itos de Asegurabilidad	\$1,694,331.00
	В	ENEFICIOS ADICIONAL	ES	
******SEGUN ANEXC	DE CATEGORIAS*****			*****
		0.00 %	Prima Nota	\$73.017.38
Contribución de los m	niembros al pago de la prima	0.00 %	Prima Neta	\$73,017.38
Contribución de los m	niembros al pago de la prima	0.00 %	-	
	, ,	0.00 %	Prima Neta Derechos	\$73,017.38 \$0.00
Contribución de los m Periodicidad del Cálc	, ,		Derechos	\$0.00
Periodicidad del Cálc	ulo de Dividendos	NO APLICA	-	\$0.00
	ulo de Dividendos		Derechos Recargos Pago Fraccionad	\$0.00 o \$0.00
eriodicidad del Cálc	ulo de Dividendos	NO APLICA	Derechos Recargos Pago Fraccionad Prima Total	\$0.00 o \$0.00 \$73,017.38

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

La Compañía pagará cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación de acuerdo a las condiciones generales, siempre y cuando la cobertura se encuentre en vigor al momento del siniestro.

El presente contrato de seguro cuenta con 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, D. F. el día 10 de febrero del 2025

FUNCIONARIOS AUTORIZADOS

71225 Clave:

 Póliza:
 101-000006965-01

 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com.

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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 la	as 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

	CATEGO	RIAS	
scripción	Coberturas	Regla de Suma Asegurad	a
MPLEADOS 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

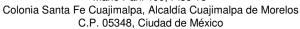
En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de Julio 2021 con el número CNSF-S0111-0489-2020 CONDUSEF -004609-05

En l'estimonio de lo Guai la Institución Firma el Presente Documento en la Ciudad de México, el día 10 de febrero del 2025

DOCUMENTO DE PAGO

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

Mario Pani 400, Piso 15





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

ECHA DE EXPEDI	CIOIN MONEDA	FORMA DE PA	GO SERIÉ	VIGENCIA	DEL RECIBO HASTA	No. DE PÓLIZA	No. DE ENDOS
10/02/2025	NACIONAL	ANUAL	1 / 1	08/01/2025	08/01/2026	101-0000006965-01	
OCUMENTO DE	PAGO				PRIMA Y GAS	STOS	
Cheque Tarj	eta Crédito Ta	rjeta Debito	PRIMA NETA				73,017.38
Tarjeta o cheque l	No.:		MONTO DE FIN				0.00
Banco:			GASTOS DE EX	PEDICIÓN			0.00
FECHA DE PAGO,	NOMBRE Y FIRM	A DE QUIEN RECI					
			TOTAL				73,017.38
			REGISTRO: 000	014603-48			
IMPORTE CON L	ETRA				NET	O A PAGAR	73,017.38
		******SETENTA	Y TRES MIL DII	ECISIETE PESC	OS 38/100 M.N.*	****	
		DO	CUMENTOS QUE	AMPARA ESTE R	ECIBO		
CONTROL	PR	OMOTOR	AGENTE		NOMBI	RE DEL AGENTE	
		322	71225		JOSE HECTO	OR 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: 601General de Ley Personas Morales

Mario Pani No. 400 Int. Piso 15

Col. Santa Fe Cuajimalpa, , Cuajimalpa de Morelos

C.P. 05348Ciudad de México, México

Información póliza

No. Póliza: 101-000006965-01

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

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	IΡ	PRIMA DE SEGURO, POLIZA: 101-0000006965-01	\$73,017.38	\$73,017.38	02
			Impuesto trasladado: 002 IVA Exento Base para el cálculo: \$73,017,38			

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/FtEx VlvwDbzc0K00+Uyn04MGwa/isysu8+e8wE3doctgPFBMWXyAWJcs65gAZmtWD8svcbN5m5DOZ3rn7TQ0JiuOOwj3xsMr5wCV8CjU APwW+VSpA/f+65/Oiyjy/rtBnysD5uGjumHz39wMcDLflopzvOnmRkd4s1laSe/PSx7h6lOHr/lNvK8Eqv7r5hSllUEyyKhUY6h36PrnfJVR ZIGypcYTM8BNqSuRZvne+WqyAvYAVP1KP8FBbBR9zp0wXBkg6lja7RQ==|00001000000519281088||

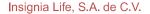
Sello Digital SAT:

SzOvVr2FPrjJh9jYoHLw5xZQobNAnKT+mh8WGcpk0NjDbNW5bQwEykqsMUlhDERE5kdwGHjzKqNgSV2adfwXxqRgm+4MyGohru UD22puTTgPSGQRlilubRdrBCubE8H3kVbWFlc0MOg9x7vSY+9fEqKZpl1hNVq2jc3SKlglMsGMR81ESUJAWAtUdbk3PckwNEE1S2 mMzk/ASb2j9tlW3UPnBZHQ3IPVbGwJGAo8CzcSDjf3WPzvkyYbvVLG6IQL3sWK1aJU0Z4kyb5oJauQsKgXmYmqCjl7ubUx0Jm0VJ RhulgA3bNBzqaga0F7iy1Jq9F2gBvRlaL/p1tXE90OAQ==

Sello Digital:

VubJCaBr86fMnVsXH6bh7mlsewCeR6969fy5+we100Lht+OESA5qthzg9FgjWxP1OAUz4DOFuP/FtExVIvwDbzc0K00+Uyn04MGwa/isysu8+e8wE3doctgPFBMWXyAWJcs65gAZmtWD8svcbN5m5DOZ3rn7TQ0JiuOOwj3xsMr5wCV8CjUAPwW+VSpA/f+65/Oiyjy/rtBnysD5uGjumHz39wMcDLflopzvOnmRkd4s1IaSe/PSx7h6IOHr/INvK8Eqv7r5hSllUEyyKhUY6h36PrnfJVRZIGypcYTM8BNqSuRZvne+WqyAvYAVP1KP8FBbBR9zp0wXBkg6lja7RQ==

Este documento es una representación impresa de un CFDI



Póliza No.: 101-0000006965-01

Endoso No.: 0000011295 -В



Desde 08/01/2025 **VIGENCIA**

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: Vigencia del Endoso: **ANUAL** 08/01/2025

08/01/2026

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE:

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 paque 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 2025

Póliza No.: 101-0000006965-01

Endoso No.: 0000011295 - B



Desde **08/01/2025**

VIGENCIA

Hasta

08/01/2026

26 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 08/0

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 irremediablemente 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 COMPAÑIAS

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 de

2025

Póliza No.: 101-0000006965-01

Endoso No.: 0000011295 - B



Desde **08/01/2025**

VIGENCIA

A Hasta

08/01/2026

6 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 : Vigencia del Endoso: ANUAL 08/01/2025

08/01/2026

Se cubre en los beneficios de accidentes e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos en cualquiera de sus modalidades, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

INCREMENTOS AUTOMÁTICOS DE SUMAS ASEGURADAS

Para aquellos asegurados que hayan presentado pruebas médicas con una antigüedad no mayor a 12 meses y que tales pruebas hayan sido dictaminadas como normales, no será necesario presentar requisitos médicos mientras sus incrementos de sueldo no rebasen el aumento de 10%, y se otorgará el 100% de cobertura tanto para la suma asegurada básica como para la de los beneficios adicionales.

INDISPUTABILIDAD

Este contrato siempre será indisputable desde el primer año de vigencia para grupos no contributorios en donde se cubra el 100% del grupo asegurable.

MODIFICACION DE EDAD

En los casos en que la edad declarada por el Contratante difiera de la real, y esto se detecte al ocurrir el siniestro, se tomará como válida la suma asegurada amparada en el Certificado en todos los beneficios contratados siempre y cuando el asegurado esté dentro de los límites de aceptación cobrando o devolviendo la diferencia en primas que corresponda al final de la vigencia. Si resulta que la edad correcta estuviera fuera de los límites de admisión de la póliza, el contrato se rescindirá respecto del miembro del grupo cuya edad haya estado fuera del límite y el certificado individual carecerá de valor, por lo que será devuelta al Contratante sólo la parte no devengada del citado miembro.

MOTOCICLISMO

Se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor, ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y/o forma habitual. El asegurado debe utilizar el equipo de protección necesario (casco y botas) y contar con licencia de motociclista vigente. Se

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 de

2025

Póliza No.: 101-0000006965-01

Endoso No.: 0000011295 - B



Desde **08/01/2025**

VIGENCIA

Hasta

08/01/2026

6 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

12 Hrs

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 : Vigencia del Endoso: ANUAL

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 de

2025

Póliza No.: 101-0000006965-01 Endoso No.: 0000011295 - B



Desde **08/01/2025**

VIGENCIA

NCIA Hasta

08/01/2026

26 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 : Vigencia del Endoso: ANUAL 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

Póliza No.: 101-0000006965-01 Endoso No.: 0000011295 - B



Desde

08/01/2025

VIGENCIA

Hasta

08/01/2026

26 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 : Vigencia del Endoso: ANUAL

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 testamentaría 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
- Tramites 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 de

2025

Póliza No.: 101-0000006965-01

Endoso No.: 0000011295 - B



Desde **08/01/2025**

VIGENCIA

Hasta

08/01/2026

26 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.bluassistance.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 de

2025

Póliza No.: 101-0000006965-01 Endoso No.: 0000011295 - B



Desde 08/01/2025 VIGENCIA

Hasta

08/01/2026

6 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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu vid
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) RESENDIZ I	PEÑA ESTHER		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		12/09/1976	Femeni	no Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6 -	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Beneficiarios Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
1		- -	-	-
		-	-	-
Advantancia. En acca da		-	-	-
como representante de los las legislaciones civiles prev cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone El presente contrato de seg condiciones generales y par	uro cuenta con coberturas, exclur rticulares que recibe, o bien en la	su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adecidesentante de menores ciario al mayor de eda eneficiarios en un con siones y restricciones, a página web www.insigna.	bre la indemnización eas, representantes uado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo ca trato de seguro le las cuales lo invitam gnialife.com	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La de la minoría de edad aso sólo tendría una concede el derecho los a consultar en las
En testimonio de lo cual la l	nstitución firma el presente docur	nento en la Ciudad de	iviexico, el 08/01/202	11 //
				1 - //

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia del ce	rtificado
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	2	Desde	Hasta /01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	FICIOS DE QUERETARO		IAO860501	EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) AGUILAR A	COSTA FELIX		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimi	ento Sexo	
		14/12/1978	Femenino	Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribucio	ón del asegurado al pago	de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-		- - - - -		
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficia menores para efecto de que, er vienen la forma en que debe de deran al contrato de seguro cor de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benef designación que se hace de bar de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albac no el instrumento adec resentante de menores iciario al mayor de ed	obre la indemnización. Lo eas, representantes de h cuado para hacer tales d beneficiarios, durante la ad, quien en todo caso	o anterior porqu nerederos u otro esignaciones. L minoría de eda sólo tendría ur
	uro cuenta con coberturas, exclurticulares que recibe, o bien en la			a consultar en la
En testimonio de lo cual la l	nstitución firma el presente docu	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/2025	- -

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



FUNCIONARIO AUTORIZADO

No. de poliza 101-0000006965-01 Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026 Desde Hasta 3 RF.C Datos del contratante Nombre o Razón Social del Contratante Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) Pecha de nacimiento Sexo - 25/08/1972 Femenino Masculino Regia 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 cobertura TEMPORAL NICLUIDA Beneficianos Apellido patemo, matemo y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Edad o fecha de nacimiento Parentesco (para efectos de identificación) Parentesco (para efectos de identificación) Porcentaje identificación Porcentaje identificación Porcentaje identificación Porcentaje identificación en un mayor de eda do mor espresentante de los menores solviels previonen la forma e que debe degonarse tutrores, albaceas, representantes de heredorros ou orce argos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designacion que se hacer de ded como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu vi
Nombre o Razón Social del Contratante R.F.C INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO 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 TEMPORAL MITEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SI INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA INCLUIDA Beneficiarios Beneficiarios Beneficiarios Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Beneficiarios Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de eda como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indernnización. Lo anterior porqui las legislaciones y necesivante de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designaciones y necesivante de la mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro cuanta ta minoria de eda de ellos, legislamente puede implicar que se nombra beneficiarios en un contrato de seguro cuanta ta minoria de eda eda ellos genalizados para hacer de la suma asegurada. El presente contrato de seguro cuenta con c		Desde Hasta		Desde	Hasta
IAO860501EG2 Datos del asegurado Apellido paterno, materno y nombre(s) Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) Regia 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 Detaile de cobertura Suma asegurada Nombre de la cobertura TEMPORAL INCLUIDA MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SINVALIDEZ ESPERA 6 M NOLUIDA TEMPORAL Apellido paterno, materno y nombres(s) Beneficiarios Beneficiarios Apellido paterno, materno y nombres de ue, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representates de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiciera de 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, representates de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda ellos, legalmente puede la minoría de eda de como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede la minoría de eda como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores be	Datos del contratante				
Datos del asegurado Apellido paterno, materno y nombre(s) 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 cobertura Nombre de la cobertura TEMPORAL MITEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SINVALIDEZ ESPERA 6 M NOLUIDA MESINVALIDEZ ESPERA 6 M Apellido paterno, materno y nombres(s) Beneficiarios Beneficiarios Apellido paterno, materno y nombres de ue, 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 otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiclera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios en un contrato de seguro la mayor de dedad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro la mondiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
Apellido paterno, materno y nombre(s) NIEVES PACHECO GABRIEL Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave) Fecha de nacimiento Sexo	INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
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 Nombre de la cobertura NICLUIDA INCLUIDA INCLUIDA SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SI INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA SS INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres de de designación es debe señalar a un mayor de eda como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previnene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, represantantes de herederos u otro 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 mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, de value de mayor de edad como representante de mayor, durante la minoriá de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios an un contrato de seguro la concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recib	Datos del asegurado				
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 TEMPORAL MIEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M Apellido paterno, materno y nombres(s) Beneficiarios Edad o fecha de nacimiento refectos de identificación) Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de eda como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porqu las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el Instrumento adecuado para hacer tales designaciones. Le designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoria de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	Apellido paterno, materno y	nombre(s) NIEVES PAC	CHECO GABRIEL		
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 TEMPORAL MITEA Y PERD MIEMBROS A SI INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M Porcentaje Beneficiarios Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de refectos de identificación) Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de eda 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 otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones designaciones un designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
Subgrupo (en caso de existir)			25/08/1972	Femeni	no Masculino
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 TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA INCLUIDA Apellido paterno, materno y nombres(s) Beneficiarios Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de detad o fecha de detad o fecha de la como representante de nacimiento Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de eda como representante de la indemnización. Lo anterior porqui las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u o tro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. Le designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro concede el derech incondicionado	Regla para determinar la s	uma asegurada			
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SINVALIDEZ ESPERA 6 M NCLUIDA Beneficiarios Beneficiarios Apellido paterno, materno y nombres(s) Apellido paterno, materno y nombres(s) Beneficiarios Beneficiarios Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de eda como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de morores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiarios al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	Subgrupo (en caso de existi	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SOLUIDA SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SOLUIDA	Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	ago de la prima
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M INCLUIDA SS INVALIDEZ ESPERA 6 M SOBRETA SOBRET	FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad o fecha de nacimiento Parentesco (para efectos de identificación)	MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	INCLUIDA INCLUIDA		
como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porqu las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com		o, materno y nombres(s)		efectos de	Porcentaje
como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porqu las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otro cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. L designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de eda de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría un obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derech 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 la condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	- - -			- - -	- - -
condiciones generales y particulares que recibe, o bien en la página web www.insignialife.com	como representante de los las legislaciones civiles prev cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone	menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe desi ideran al contrato de seguro como de un mayor de edad como repre e implicar que se nombra benefic designación que se hace de bear de la suma asegurada.	su representación, co ignarse tutores, albace o el instrumento adecisentante de menores ciario al mayor de edaneficiarios en un con	bre la indemnización eas, representantes uado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo ca trato de seguro le	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La e la minoría de edac aso sólo tendría una concede el derecho
En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la Ciudad de México, el 08/01/2025					os a consultar en las
	En testimonio de lo cual la I	nstitución firma el presente docum	nento en la Ciudad de	México, el 08/01/202	1 //

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu vid
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado 4	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	l certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) HERNANDE	Z GALLEGOS HERME	ELO	
Registro Federal de Contrib	ouyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		22/03/1979	Femenir	no Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada	
Beneficiarios			Parentesco (para	
Apellido paterr	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	efectos de identificación)	Porcentaje
		- - - -	- - - -	- - - -
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficiar menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe des ideran al contrato de seguro com de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefic designación que se hace de ber de la suma asegurada.	su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de eda	bre la indemnización eas, representantes duado para hacer tale beneficiarios, duranta ad, quien en todo ca	a. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La e la minoría de edad aso sólo tendría una
	juro cuenta con coberturas, exclu rticulares que recibe, o bien en la			os a consultar en las
En testimonio de lo cual la	Institución firma el presente docur	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/202	5
				# - //

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr				Insignia Life
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia d Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	0501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) VARGAS G	ONZALEZ ALEJANDR	INA FLORINA	
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		28/03/1968	Femen	ino Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	on del asegurado al	pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
Detalle de coberturas		0		
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	egurada	
Beneficiarios				
Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
como representante de los las legislaciones civiles pre- cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone	-	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec resentante de menores iciario al mayor de eda reneficiarios en un cor	obre la indemnizació eas, representantes cuado para hacer ta beneficiarios, durar ad, quien en todo d ntrato de seguro le	on. Lo anterior porque de herederos u otros les designaciones. La te la minoría de edad caso sólo tendría una concede el derecho
	juro cuenta con coberturas, exclu rticulares que recibe, o bien en la			nos 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.

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia del	certificado
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	6	Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs
Datos del contratante				
ombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
NSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO		IAO8605	01EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) DIMAS DE	LEON AUGURIO		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimi	ento Sexo	
		25/02/1979	Femenin	o Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS	3		
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	on del asegurado al pa	go de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
EMPORAL ITEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Beneficiarios				
Apellido patern	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		-		
		-		
		- -		
como representante de los as legislaciones civiles pre cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la ncondicionado de dispone	que se desee nombrar beneficia menores para efecto de que, el vienen la forma en que debe de ideran al contrato de seguro cor de un mayor de edad como reple e implicar que se nombra benefi designación que se hace de ber de la suma asegurada.	n su representación, consignarse tutores, albacemo el instrumento adec resentante de menores ficiario al mayor de edi peneficiarios en un con	obre la indemnización. eas, representantes de cuado para hacer tales beneficiarios, durante ad, quien en todo cas ntrato de seguro le c	Lo anterior porque herederos u otros designaciones. I la minoría de edaso sólo tendría u oncede el derect
	juro cuenta con coberturas, exclu rticulares que recibe, o bien en l			s a consultar en l
in testimonio de lo cual la I	nstitución firma el presente docu	ımento en la Ciudad de	México, el 08/01/2025	j
				- /

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



Seguro de Vida G	rupo			El seguro de tu v
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social de	el Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y	OFICIOS DE QUERETARO		IAO860)501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno	y nombre(s) TIRADO MIL	LAN JUAN ANTONIO		
Registro Federal de Contri	buyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	nto Sexo	
-		07/08/1978	Femen	ino Masculino
Regla para determinar la	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exis	etir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la s	uma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	oago de la prima
FACTOR POR SUELDO 2	7 MESES			
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBRO SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	5 M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Beneficiarios			Daniel Lance (1999)	
Apellido pater	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		- - - -	- - - -	- - - -
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente pued obligación moral, pues la	e que se desee nombrar beneficiar si menores para efecto de que, en evienen la forma en que debe des sideran al contrato de seguro com de un mayor de edad como represe implicar que se nombra beneficial designación que se hace de beer de la suma asegurada.	su representación, col signarse tutores, albace no el instrumento adeci esentante de menores l ciario al mayor de eda	bre la indemnizació eas, representantes uado para hacer tal beneficiarios, duran id, quien en todo c	n. Lo anterior porqu de herederos u otro es designaciones. L te la minoría de eda aso sólo tendría un
	guro cuenta con coberturas, exclu articulares que recibe, o bien en la			nos a consultar en la
En testimonio de lo cual la	Institución firma el presente docur	mento en la Ciudad de l	México, el 08/01/20	25
			-	# 11

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de vida Gr	иро			El seguro de tu vid
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia del	
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	8	Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO86050)1EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) SANCHEZ PI	EÑA ANA CELIA		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		28/08/1976	Femenino	o Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	r) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al pa	go de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 I SS INVALIDEZ ESPERA 6 I	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada	
Beneficiarios Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
como representante de los las legislaciones civiles prev	que se desee nombrar beneficiario menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe desi deran al contrato de seguro como	su representación, co gnarse tutores, albace	bre la indemnización. eas, representantes de	Lo anterior porque herederos u otros
designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone	de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefic designación que se hace de be	sentante de menores iario al mayor de eda neficiarios en un con	beneficiarios, durante ad, quien en todo cas trato de seguro le co	la minoría de edad o sólo tendría una oncede el derecho
	rticulares que recibe, o bien en la			
En testimonio de lo cual la li	nstitución firma el presente docum	nento en la Ciudad de	México, el 08/01/2025	in f

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida	Grupo			El seguro de tu v
No. de poliza	Vigencia de la poliza Desde Hasta	No. de certificado	Desde	el certificado Hasta
	08/01/2025 at 08/01/2026	ÿ	08/01/2025 12:00 Hrs.	08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante	e			
Nombre o Razón Social	I del Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES	S Y OFICIOS DE QUERETARO		IAO860)501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, mater	no y nombre(s) RODRIGUE	Z ROMERO ENRIQUE		
Registro Federal de Co	ntribuyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		30/12/1982	Femen	ino Masculino
Regla para determinar	· la suma asegurada			
Subgrupo (en caso de e	existir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar l	a suma asegurada	Contribució	n del asegurado al ¡	pago de la prima
FACTOR POR SUELDO	O 27 MESES	-		
Detalle de coberturas Nombre de la cobertur TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMB SA INVALIDEZ ESPER SS INVALIDEZ ESPER	ROS A A 6 M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada	
Beneficiarios			Demontores (see	
Apellido pa	aterno, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
como representante de las legislaciones civiles cargos similares y no o designación que se hici de ellos, legalmente pu obligación moral, pues	o de que se desee nombrar beneficiar e los menores para efecto de que, en previenen la forma en que debe des consideran al contrato de seguro com iera de un mayor de edad como reprouede implicar que se nombra benefis la designación que se hace de booner de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de eda	bre la indemnizació eas, representantes uado para hacer tal beneficiarios, duran ad, quien en todo c	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La te la minoría de edad aso sólo tendría una
	seguro cuenta con coberturas, exclu y particulares que recibe, o bien en la			nos a consultar en la
En testimonio de lo cua	l la Institución firma el presente docur	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/20	25
				1 - //

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gru	upo			El seguro de tu vid
No. de poliza 101-000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia del Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	FICIOS DE QUERETARO		IAO8605	01EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) MARTINEZ (OLVERA J REYES		
Registro Federal de Contribu	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		13/02/1968	Femenin	o Masculino
Regla para determinar la si	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	r) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la sui	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al pa	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 N SS INVALIDEZ ESPERA 6 N - Beneficiarios	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
	o, 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 Ir	nstitución firma el presente docun	nento en la Ciudad de	México, el 08/01/2025	5

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de vida Gr				
No. de poliza	Vigencia de la poliza Desde Hasta	No. de certificado	Vigencia del Desde	certificado Hasta
101-000006965-01	08/01/2025 al 08/01/2026	11	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 C	FICIOS DE QUERETARO		IAO8605	601EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) HERNANDE	EZ GARCIA JAVIER		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimi	ento Sexo	
		20/05/1956	Femenin	o Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	r) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribuci	ón del asegurado al pa	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	М	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA NO INCLU NO INCLU -	IIDA	
Beneficiarios Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		- - - - -		-
como representante de los las legislaciones civiles pre- cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficia menores para efecto de que, er vienen la forma en que debe des deran al contrato de seguro con de un mayor de edad como repr implicar que se nombra benef designación que se hace de b r de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albac no el instrumento adec esentante de menores iciario al mayor de ed	obre la indemnización eas, representantes c cuado para hacer tale beneficiarios, durante ad, quien en todo ca	. Lo anterior porqu le herederos u otro s designaciones. L e la minoría de eda so sólo tendría un
	uro cuenta con coberturas, exclu ticulares que recibe, o bien en la			os a consultar en la
En testimonio de lo cual la l	nstitución firma el presente docu	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/202	- J

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu v
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia d	el certificado
101-000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	12	Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860)501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) MORAN GL	JERRERO MARISELA		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		28/09/1990	Femen	ino Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al ¡	oago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	guruuu	
Beneficiarios Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
- - -			- - -	- - -
como representante de los las legislaciones civiles precargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone El presente contrato de seg	que se desee nombrar beneficial menores para efecto de que, er vienen la forma en que debe desideran al contrato de seguro con de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefidesignación que se hace de ber de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec resentante de menores iciario al mayor de eda reneficiarios en un cor usiones y restricciones,	bre la indemnizació eas, representantes uado para hacer tal beneficiarios, duran ad, quien en todo contrato de seguro le las cuales lo invitan	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La te la minoría de edad aso sólo tendría una concede el derecho
	nstitución firma el presente docu			25
En tostimonio de lo cadi la i	notitudion inina di prodente acca	monto on la Oladad de	1110/100, 01 00/01/20	4

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr				Insignia Life
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) MENDOZA	SANCHEZ FERNANDO	D DE NESTOR	
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		07/06/1988	Femeni	no Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	oago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Detalle de coberturas				
Nombre de la cobertura TEMPORAL		Suma ase INCLUIDA	egurada	
MTEA Y PERD MIEMBROS	S A	INCLUIDA		
SA INVALIDEZ ESPERA 6		INCLUIDA		
SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	INCLUIDA -		
Beneficiarios				
Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		-	-	-
		-	-	-
-		-	-	-
como representante de los las legislaciones civiles prev cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone El presente contrato de seg	uro cuenta con coberturas, exclu	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores iciario al mayor de eda eneficiarios en un cor usiones y restricciones,	obre la indemnización eas, representantes uado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo contrato de seguro le las cuales lo invitam	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La te la minoría de edad aso sólo tendría una concede el derecho
condiciones generales y par	rticulares que recibe, o bien en la	a pagına web www.insiç	gnialite.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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gru	po			El seguro de tu vid
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia del Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del Co	ontratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y OF	CIOS DE QUERETARO		IAO8605	01EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y no	ombre(s) PEREZ JIMI	ENEZ MARIA DEL CAI	RMEN	
Registro Federal de Contribuy	entes (con homoclave)	Fecha de nacimi	ento Sexo	
		05/07/1965	Femenin	o Masculino
Regla para determinar la sun	na asegurada			
Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la suma	a asegurada	Contribució	ón del asegurado al pa	ngo de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 M	ESES	-		
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M		Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	egurada	
Beneficiarios				
Apellido paterno,	materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		-		
•		-		
		-		
como representante de los m las legislaciones civiles previe cargos similares y no conside designación que se hiciera de de ellos, legalmente puede ir	ne se desee nombrar beneficiar enores para efecto de que, er enen la forma en que debe deseran al contrato de seguro com e un mayor de edad como reprepentar que se nombra benefi esignación que se hace de bede la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albac no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de ed	obre la indemnización eas, representantes d cuado para hacer tales beneficiarios, durante ad, quien en todo cas	Lo anterior porque e herederos u otros s designaciones. La la minoría de edad so sólo tendría una
	o cuenta con coberturas, exclu culares que recibe, o bien en la			s a consultar en las
En testimonio de lo cual la Ins	titución firma el presente docui	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/2025	- J

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia (del certificado
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	15	Desde 08/01/2025 12:00 Hrs	Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
NSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO		IAO86	60501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) JIMENEZ L	OPEZ MARTIN		
Registro Federal de Contrib	ouyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		22/08/1964	Feme	nino Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	tir) EMPLEADOS ACTIVOS	3		
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	n del asegurado al	pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6 -	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Beneficiarios				
Apellido paterr	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	a Porcentaje
-		-	-	-
-		-	-	-
- -		-	-	-
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone El presente contrato de seg	que se desee nombrar beneficia menores para efecto de que, e evienen la forma en que debe de ideran al contrato de seguro con de un mayor de edad como rep e implicar que se nombra benef designación que se hace de la er de la suma asegurada.	n su representación, co esignarse tutores, albace mo el instrumento adec resentante de menores ficiario al mayor de eda peneficiarios en un cor usiones y restricciones,	bre la indemnizaci eas, representante: uado para hacer ta beneficiarios, dura ad, quien en todo atrato de seguro la las cuales lo invita	ón. Lo anterior porques de herederos u otro ales designaciones. L nte la minoría de eda caso sólo tendría un e concede el derech
En testimonio de lo cual la	Institución firma el presente docu	umento en la Ciudad de	México, el 08/01/2	025
				-11 //

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr	upo			Insignia Life
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) RESENDIZ	PERRUSQUIA CARLO	S ALBERTO	
Registro Federal de Contribu	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		10/04/1982	Femeni	no Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de existi	r) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-		
Detalle de coberturas				
Nombre de la cobertura TEMPORAL		Suma ase INCLUIDA	egurada	
MTEA Y PERD MIEMBROS	A	INCLUIDA		
SA INVALIDEZ ESPERA 6 I		INCLUIDA		
SS INVALIDEZ ESPERA 6 I	VI	INCLUIDA -		
Beneficiarios				
Apellido paterno	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
_				
			-	-
-		- -	- -	- -
		- - -	- - -	-
como representante de los las legislaciones civiles prev cargos similares y no considesignación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la cincondicionado de disponer	que se desee nombrar beneficiar menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe des deran al contrato de seguro com de un mayor de edad como repro implicar que se nombra benefi designación que se hace de bo r de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de eda eneficiarios en un cor	bre la indemnización eas, representantes uado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo ca atrato de seguro le	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La e la minoría de edad aso sólo tendría una concede el derecho

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu vid
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) GARCIA ML	JÑOZ MARIA CRISTIN	A	
Registro Federal de Contrib	ouyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		15/03/1973	Femeni	no Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	n del asegurado al p	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada	
Beneficiarios			Parentesco (para	
Apellido paterr	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	efectos de identificación)	Porcentaje
- - -		- - - -	- - - -	- - - -
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficiar menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe des ideran al contrato de seguro com de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefi designación que se hace de ber de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de eda	bre la indemnizaciór eas, representantes duado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo ca	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La e la minoría de edad aso sólo tendría una
	guro cuenta con coberturas, exclu ırticulares que recibe, o bien en la			os a consultar en las
En testimonio de lo cual la	Institución firma el presente docur	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/202	25
			-	W-//

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gr	upo			El seguro de tu vi
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia d Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	l Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO		IAO860)501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) HERRERA A	AGUILAR CARLOS		
Registro Federal de Contrib	ouyentes (con homoclave)	Fecha de nacimi	ento Sexo	
		30/12/1978	Femen	ino Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	tir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	ón del asegurado al _l	oago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	7 MESES			
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6 - Beneficiarios	M	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
		- - -	- - -	
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no cons designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficiarion menores para efecto de que, en evienen la forma en que debe des ideran al contrato de seguro com de un mayor de edad como repre e implicar que se nombra beneficial designación que se hace de beer de la suma asegurada.	su representación, co signarse tutores, albac no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de ed	obre la indemnizació eas, representantes cuado para hacer tal beneficiarios, duran ad, quien en todo c	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La te la minoría de edad aso sólo tendría una
	guro cuenta con coberturas, exclus articulares que recibe, o bien en la			nos a consultar en las
En testimonio de lo cual la l	Institución firma el presente docur	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/20	25
				N-1

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



Seguro de vida Gri	apo			El seguro de tu vid			
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia (Desde 08/01/2025 12:00 Hrs	del certificado Hasta s. 08/01/2026 12:00 Hrs.			
Datos del contratante							
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C				
INSTITUTO DE ARTES Y O	FICIOS DE QUERETARO		IAO86	60501EG2			
Datos del asegurado							
Apellido paterno, materno y	nombre(s) TEPETATE BI	ECERRA JONATHAN	V				
Registro Federal de Contribu	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo				
		11/12/1998	Feme	nino Masculino			
Regla para determinar la su	uma asegurada						
Subgrupo (en caso de existin	r) EMPLEADOS ACTIVOS						
Regla para determinar la sur	ma asegurada	Contribució	n del asegurado a	pago de la prima			
FACTOR POR SUELDO 27	MESES						
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 M SS INVALIDEZ ESPERA 6 M	М	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada				
Beneficiarios							
Apellido paterno	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (par efectos de identificación)	a 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.							
	uro cuenta con coberturas, exclusi ticulares que recibe, o bien en la p			mos a consultar en las			
En testimonio de lo cual la Ir	nstitución firma el presente docume	ento en la Ciudad de		025 RIO AUTORIZADO			
	30171020011700		. 5.1515117	ACTORIZADO			

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr	upo			Insignia Li El seguro de tu v
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de certificado	Vigencia d	el certificado
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	20	Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	Hasta
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y C	FICIOS DE QUERETARO		IAO860)501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y	nombre(s) CUELLAR F	PIÑA J MARCIANO		
Registro Federal de Contrib	uyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
		25/05/1967	Femen	ino Masculino
Regla para determinar la s	uma asegurada			
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	n del asegurado al ¡	pago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada	
Beneficiarios				
Apellido patern	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
-		•	-	•
		-	-	-
		- -	-	-
como representante de los las legislaciones civiles pre- cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede	que se desee nombrar beneficia menores para efecto de que, er vienen la forma en que debe de ideran al contrato de seguro cor de un mayor de edad como repr e implicar que se nombra benef designación que se hace de ber de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec resentante de menores iciario al mayor de eda	bre la indemnizació eas, representantes uado para hacer tal beneficiarios, duran ad, quien en todo c	on. Lo anterior porque de herederos u otros les designaciones. La te la minoría de edac caso sólo tendría una
	uro cuenta con coberturas, exclurticulares que recibe, o bien en la			nos a consultar en las
En toatimonic de la avelle l	notituaión firma al proponta descr	monto on la Ciudad da	Máxico al 00/04/00	25

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

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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



Seguro de Vida Gr	upo				El seguro de tu vid
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	De:	gencia del ce sde 5 12:00 Hrs. 08/	rtificado Hasta 01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante					
Nombre o Razón Social del	Contratante			R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y O	OFICIOS DE QUERETARO			IAO860501E	EG2
Datos del asegurado					
Apellido paterno, materno y	nombre(s) RODRIGUE	Z JIMENEZ FERNAND	0		
Registro Federal de Contrib	ouyentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento	Sexo	
-		01/01/1968		Femenino	Masculino
Regla para determinar la s	suma asegurada				
Subgrupo (en caso de exist	ir) EMPLEADOS ACTIVOS				
Regla para determinar la su	ıma asegurada	Contribució	n del aseg	jurado al pago	de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES	-			
Detalle de coberturas Nombre de la cobertura TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 SS INVALIDEZ ESPERA 6	M	Suma ase INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -	gurada		
Beneficiarios					
Apellido patern	no, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	efect	sco (para tos de icación)	Porcentaje
- - -		- - - -	- - -	:	
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no consi designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la incondicionado de dispone El presente contrato de seg	que se desee nombrar beneficiar menores para efecto de que, en vienen la forma en que debe des ideran al contrato de seguro com de un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefi designación que se hace de ber de la suma asegurada.	n su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores iciario al mayor de eda eneficiarios en un cor usiones y restricciones,	bre la inde eas, repres uado para beneficiari ad, quien o trato de s	emnización. Lo sentantes de hacer tales de los, durante la en todo caso seguro le condition lo invitamos a	anterior porque erederos u otros esignaciones. La minoría de edad sólo tendría una cede el derecho
	nstitución firma el presente docur				

Firma del ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Seguro de Vida Gru	іро			El seguro de tu vi
No. de poliza 101-0000006965-01	Vigencia de la poliza Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	No. de certificado	Vigencia de Desde 08/01/2025 12:00 Hrs.	el certificado Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante				
Nombre o Razón Social del 0	Contratante		R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y OI	FICIOS DE QUERETARO		IAO860	501EG2
Datos del asegurado				
Apellido paterno, materno y r	nombre(s) OCHOA ALV	AREZ JORGE ENRIC	UE	
Registro Federal de Contribu	yentes (con homoclave)	Fecha de nacimie	ento Sexo	
-		09/09/1963	Femeni	no Masculino
Regla para determinar la su	ıma asegurada			
Subgrupo (en caso de existir	EMPLEADOS ACTIVOS			
Regla para determinar la sun	na asegurada	Contribució	on del asegurado al p	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27	MESES			
TEMPORAL MTEA Y PERD MIEMBROS SA INVALIDEZ ESPERA 6 N SS INVALIDEZ ESPERA 6 N	Л	INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA INCLUIDA -		
Beneficiarios Apellido paterno	o, materno y nombres(s)	Edad o fecha de nacimiento	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje
1		-	-	-
		-	-	
como representante de los relas legislaciones civiles previocargos similares y no conside designación que se hiciera de ellos, legalmente puede obligación moral, pues la dincondicionado de disponer El presente contrato de segui	que se desee nombrar beneficiari menores para efecto de que, en ienen la forma en que debe des leran al contrato de seguro com le un mayor de edad como repre implicar que se nombra benefic lesignación que se hace de be de la suma asegurada.	su representación, co signarse tutores, albace no el instrumento adec esentante de menores ciario al mayor de eda eneficiarios en un cor siones y restricciones,	obre la indemnización eas, representantes nuado para hacer tale beneficiarios, durant ad, quien en todo ca ntrato de seguro le las cuales lo invitam	n. Lo anterior porque de herederos u otros es designaciones. La de la minoría de edad aso sólo tendría una concede el derecho
En testimonio de lo cual la In	stitución firma el presente docun	mento en la Ciudad de	México, el 08/01/202	25

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

Firma del ASEGURADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

Seguro de Vida Grupo



_						
No. de poliza	Vigencia de la poliza	No. de ce	rtificado			certificado
101-0000006965-01	Desde Hasta 08/01/2025 al 08/01/2026	-		Des 08/01/2025		Hasta 08/01/2026 12:00 Hrs.
Datos del contratante						
Nombre o Razón Social del C	Contratante				R.F.C	
INSTITUTO DE ARTES Y OF					IAO8605	01502
	10103 DE QUERETARO				IAOoooo	01EG2
Datos del asegurado						
Apellido paterno, materno y n	ombre(s)					
Registro Federal de Contribu	yentes (con homoclave)	Fecha	de nacimie	ento	Sexo	
		-			Femenin	o Masculino
Regla para determinar la su	ma asegurada					
Subgrupo (en caso de existir)	EMPLEADOS ACTIVOS					
Regla para determinar la sum	na asegurada	(Contribució	n del aseg	urado al pa	ago de la prima
FACTOR POR SUELDO 27 M	MESES		-			
Detalle de coberturas						
Nombre de la cobertura			Suma ase	gurada		
TEMPORAL			INCLUIDA			
MTEA Y PERD MIEMBROS A SA INVALIDEZ ESPERA 6 M			INCLUIDA INCLUIDA			
SS INVALIDEZ ESPERA 6 M			INCLUIDA			
-	'					
Beneficiarios						
				Parentes	sco (para	
Apellido paterno	, materno y nombres(s)		fecha de		os de	Porcentaje
		nacı	miento	identifi	cación)	Í
		-		-	-	
		-		-	-	
		-		-	-	
Advertencia: En caso de qu	ue se desee nombrar beneficiari	- ios a menor	es de edad	- . no se del	- pe señalar :	a un mavor de edad
	nenores para efecto de que, en					
las legislaciones civiles previ	enen la forma en que debe des	ignarse tuto	res, albace	as, repres	entantes de	e herederos u otros
	eran al contrato de seguro com					
	e un mayor de edad como repre					
	implicar que se nombra benefic					
incondicionado de disponer	esignación que se hace de be	eneficiarios	en un con	trato de s	eguro le c	oncede el derecho
•	_					
	ro cuenta con coberturas, exclus iculares que recibe, o bien en la					s a consultar en las
En testimonio de lo cual la Ins	stitución firma el presente docun	nento en la	Ciudad de l	México, el	08/01/2025	5
						1 //
					7	1-//
						summy g
	Firma del ASEGURADO			FUN	ICIONARIO	O AUTORIZADO

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 orfrece 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, atencionaclientes@insignialife.com o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur 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

Articulo 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 asegurarlas, 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.

Articulo 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.

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

REGISTRO DE ASEGURADOS



Subramo : EXP GLOBAL POR RIESGO Contratante : INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO Fecha : 10/02/2025

Póliza: 101-0000006965-01 Domicilio: PRIV EMETERIO GONZALEZ 60, HERCULES (76069), QUERETAPagina: (170

Moneda: NACIONAL Código Postal: 76069 PAMEXI Inicio Vigencia: 08/01/2025 Fin Vigencia: 08/01/2026

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

REGISTRO DE ASEGURADOS



Subramo : EXP GLOBAL POR RIESGO Contratante : INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE QUERETARO Fecha : 10/02/2025

Póliza: 101-0000006965-01 Domicilio: PRIV EMETERIO GONZALEZ 60, HERCULES (76069), QUERETARO, QUERETAPágina: (2)O

Moneda : NACIONAL Código Postal : 76069 PAMEXI Inicio Vigencia: 08/01/2025 Fin Vigencia: 08/01/2026

No. de Certificado ASEGURADO		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 **Folio fiscal:** C6308A95-5F24-4F26-A36C-8DC5BBCE334F

Efecto de comprobante:

Régimen fiscal:

Exportación:

05348 2025-02-25 12:55:31

No aplica

General de Ley Personas Morales

Nombre emisor: INSIGNIA LIFE No. de serie del CSD: 00001000000515133753

Folio: 101 Serie: SIILE

RFC receptor: IAO860501EG2 Código postal, fecha y hora de

Nombre receptor: INSTITUTO DE ARTES Y OFICIOS DE emisión:

QUERETARO

Código postal del 76069

receptor:

76069

Régimen fiscal

Personas Morales con Fines no Lucrativos

Número de cuenta predial

receptor: Uso CFDI:

Devoluciones, descuentos o bonificaciones.

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	3	73,017.38			Sí objeto de impuesto.
Descripción	PRIMA DE SEGURO, POLIZA: 101-000006965-01				Impuesto	Tipo	Base	Tipo Factor	Tasa o Cuota	Importe
					IVA	Trasla	do 73.017.38	Exento		

Moneda:Peso MexicanoSubtotal\$73,017.38Forma de pago:Por definirTotal\$73,017.38

Método de pago: Pago en parcialidades o diferido

Tipo de cambio:

Número de pedimento

Nota de crédito de los documentos relacionados

Folio fiscal relacionado: 95F4EE50-6504-4CF2-B120-FA2C3B0E1408

Sello digital del CFDI:

Tipo de relación:

 $gslcS/QfyhBM4lenC18O30bsO9iBHRu0f2p313De2JBizl8Xkn69zYvXHVsKlUOwKsF/MH7nwWWDQt6jz/fXU+5aKrLj4hHmJRAxy93PcKx02y3Lw/fna6K+sKL4KqSfGad8AMYu8LHnZPDz6H\\ uUQlpqdEsZjoQFw3B/Wb9jggTie68LWB/J2BKG9bf+4gOxXti4sT55XjjidqjRdwelS44sZNgVwOZwKzYkb+xR3JpAjp0meViScJQRggVH+n3wvlFvcAscLO+aCBFUgFoUDCWWgDu5FcLtBmz\\ s8NVw2CFJ7NC+sAC5FkjJxyBkZ5CHwQ2fOy+uDiqejl25yrgZ0w==$

Sello digital del SAT:

 $X25+TbLG1QEAzFJTZ0flkYLby906zTPE9N3oYOTVObyPogB6ypPJOWLq3GjsSb8Sfcx61GUSJ/wqm08FLjxh1Gwfa24dUxoBrBTbA89mSs0v6Hh+PWSle2kD57ZtD/l8FWI/Ucr30rlm2n+P7\\ 2Tot+gelGmBs/5N9eseO5zpv0MoYlLZHk2hOgb/N+gWBF0dGdD03l9BVbU9SMoAcav57EBOmu1K9pledUYfnB+xiu8wmHMUv6Jy8wmSq/lLn2oPJXXJ+omleeGVUAZc29FVNcaw47kXs93 ich704tUPlxJo1ZsZjdO4h2NlVjwgVCpWPF333OuvZSVCTCKDrCQrDw==$



Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.1|C6308A95-5F24-4F26-A36C-8DC5BBCE334F|2025-02-25T18:56:34|ASE0201179X0|gslcS/QfyhBM4lenC18O30bsO9iBHRu0f2p313De2JBizl8Xkn6 9zYvXHVsKlUOwKsF/MH7nwWWDQt6jz/fXU+5aKrLj4hHmJRAxy93PcKx02y3Lw/fna6K+sKL4KqSfGad8AMYu8LHnZPDz6HuUQlpqdEsZjoQFw3B/Wb9j ggTie68LWB/J2BKG9bf+4gOxXti4sT55XjjidqjRdwelS44sZNgVwOZwKzYkb+xR3JpAjp0meViScJQRggVH+n3wvlFvcAscLO+aCBFUgFoUDCWWgDu5Fc LtBmzs8NVw2CFJ7NC+sAC5FkjJxyBkZ5CHwQ2fOy+uDiqejl25yrqZ0w==|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

AfirmeNet: Mensaje de Confirmación





Banca Afirme, S.A.

Comprobante Transferencia SPE 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:

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

1 de 1 28/02/2025, 01:13 p.m.