



**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO  
CÁNCER A PRIMER DIAGNÓSTICO AFIRME**  
**NO. DE SOLICITUD**   
**ID AFIRME**

**El solicitante deberá requisitar esta solicitud con tinta negra y letra  
de molde sin omitir ningún dato**

Lugar y Fecha:					
<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno, o Razón Social			R.F.C.	C.U.R.P.	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia		Ciudad	
Estado	C.P.	Teléfono		Correo electrónico	
<b>DATOS DEL TITULAR</b>					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno			R.F.C.	C.U.R.P.	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia		Ciudad	
Estado	C.P.	Teléfono		Correo electrónico	
Ocupación y detalle de actividad:					
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Lugar de Nacimiento	Fumador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estatura	Peso	Estado Civil
Suma Asegurada	Forma de Pago				
<b>MEDIOS PARA PAGO DE PRIMA</b>					
Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.					
Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.					
<b>CONSECUENCIA OMISIÓN PAGO DE PRIMA</b>					
El Contratante/ Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o fracción de la misma, contados a partir de su vencimiento.					
<b>Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.</b>					
<b>BENEFICIARIOS DEL TITULAR</b>					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno		Parentesco		Porcentaje	
<b>RECLAMANTE SUSTITUTO – Nombre completo</b>					
<b>ADVERTENCIA:</b> En el caso de que 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 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.

#### ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

¿Desea recibir la documentación contractual relacionada con la Póliza o su respectiva renovación (carátula, condiciones generales y en su caso condiciones especiales) en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través de la dirección de correo electrónico arriba indicada?

SI ☐

NO ☐

En caso de contestar "Si" Usted está de acuerdo en que, el comprobante generado automáticamente por el administrador del sistema de correos electrónicos de la Institución, producirán los mismos efectos y tendrán el mismo valor probatorio que las leyes otorgan a otras formas de acuse de recibo, por lo que dichos comprobantes electrónicos harán prueba plena de su recepción por parte del Asegurado y no se requerirá la firma autógrafa a que se refiere el artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado reconoce que la entrega efectuada en estos términos, sustituirá la entrega de la póliza de forma impresa o en papel. Por lo que queda bajo la más estricta responsabilidad del Asegurado, proporcionar a la Institución una dirección de correo electrónico válida, misma que se obliga a revisar periódicamente (incluyendo la bandeja de correos no deseados) y, en su caso, informar a la Institución sobre cualquier cambio o actualización en dicha dirección de correo.

El Asegurado está de acuerdo en que, el comprobante generado automáticamente por el administrador del sistema de correos electrónicos, producirán los mismos efectos y tendrán el mismo valor probatorio que las leyes otorgan a otras formas de acuse de recibo, por lo que dichos comprobantes electrónicos harán prueba plena de su recepción por parte del Asegurado y no se requerirá la firma autógrafa a que se refiere el artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que el Asegurado no reciba su Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes de haber realizado la contratación, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución a través de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), en cuyo caso la Institución deberá asegurar su recepción por parte del Asegurado, a través del mismo o de cualquier otro medio, incluyendo la entrega personalizada.

En caso en que la Institución considere la existencia de un riesgo relativo a la seguridad y protección de la información del Asegurado, podrá suspender discrecionalmente y en cualquier momento el envío de Pólizas a través de medios electrónicos, debiendo en este caso entregarlas nuevamente personalmente o en el domicilio del Asegurado, contra entrega del acuse de recibo correspondiente.

**He leído y me han explicado el alcance de las coberturas del seguro de manera amplia y detallada, así como la forma de conservarla y darla por terminada.**

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos solicitados.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

#### DATOS DEL AGENTE

CLAVE	NOMBRE	%	COMISIÓN NIVELADA
			Si
			No

**Advertencia:** Este producto cuenta con exclusiones y limitantes, consúltelas en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en [www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):** Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: [soluciones@afirme.com](mailto:soluciones@afirme.com).

**Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros(CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del 11 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0094-0235-2025/ CONDUSEF-006909-03.”**

**SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO**

Hidalgo 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México  
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |  
[www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)

**ARTÍCULOS MENCIONADOS**  
**LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

Artículo 7°.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. Las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato.

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA SEGURO VIDA GRUPO CÁNCER A PRIMER DIAGNÓSTICO AFIRME

Consentimiento individual para formar parte del Seguro de Vida Grupo solicitado a Seguros Afirme S.A. de C.V. Afirme Grupo Financiero, por el Contratante cuyo nombre o razón social se indica a continuación.

Datos Generales	
Número de Póliza	Vigencia de la Póliza
Número de Consentimiento	
Contratante o Razón Social	
Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Fecha de inicio de actividades dentro de la empresa, organización, etc. (día, mes , año)
Fecha de alta al seguro (día, mes , año)	Ocupación o actividad del Asegurado:
Coberturas	Suma Asegurada

Salario Mensual	Contribución al pago de la prima	Monto o porcentaje de aportación
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Beneficiario	%	Parentesco	Designación Irrevocable
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**ADVERTENCIAS:** El asegurado debe designar beneficiario en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

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, representante de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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.

**Designación de RECLAMANTE SUSTITUTO:** \_\_\_\_\_

Sin perjuicio del Asegurado, éste podrá designar posteriormente sus beneficiarios notificación por escrito a la Institución. Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la Sucesión del Asegurado.

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza del Seguro de Vida Grupo solicitado a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza. Tengo conocimiento de que para ingresar al seguro debo estar en servicio activo, desempeñando regularmente mi trabajo o actividad. Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):** Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: [soluciones@afirme.com](mailto:soluciones@afirme.com).

**Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del 11 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0094-0235-2025/CONDUSEF-006909-03.”**

**SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO**

Hidalgo 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México  
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves 8:30 a 18:00 horas Viernes de 8:30 a 16:00 horas  
[www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)



**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL  
SEGURO VIDA GRUPO CÁNCER A PRIMER DIAGNÓSTICO  
AFIRME (MEDIOS ELECTRÓNICOS)**

Otorgo mi consentimiento para ser integrado al seguro de Vida Grupo Afirme, con número de póliza \_\_\_\_\_ y una suma asegurada de \_\_\_\_\_.

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):** Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: [soluciones@afirme.com](mailto:soluciones@afirme.com).

**Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del 11 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0094-0235-2025/ CONDUSEF-006909-03.”**

**SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO**

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México  
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |  
[www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)