

Lugar y Fecha:			
DATOS DEL CONTRATANTE			
Razón Social		R.F.C.	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	Ciudad
Estado	C.P.	Teléfono	Correo electrónico
Giro de la empresa			
Características del Grupo Asegurable			
Actividades principales de los participantes			
Tipo de Asegurados: Empleados <input type="checkbox"/> Deudores <input type="checkbox"/> Agrupación legalmente establecida <input type="checkbox"/>			
Vigencia de la Póliza		Fecha de inicio <input type="text"/>	Fecha de terminación <input type="text"/>
Tipo de negocio: Comercial <input type="checkbox"/> Licitación <input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/>			
Forma de pago de la póliza: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Forma y plazo del pago de la prima: El comprobante de pago de la prima que la Institución emita al Contratante, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato			
Tipo de administración: Normal <input type="checkbox"/> Autoadministrada <input type="checkbox"/> Con ajuste anual <input type="checkbox"/>			
Participación en el pago de la prima: No contributiva <input type="checkbox"/> Contributiva <input type="checkbox"/> % de participación <input type="text"/>			
¿El listado representa el 100% de la colectividad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa, favor de justificar			
¿El seguro garantiza alguna prestación u obligación laboral a cargo del Contratante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Número de participantes	Regla de Suma Asegurada:		
COBERTURAS			
ASISTENCIAS			
NOTA IMPORTANTE: Para completar la solicitud se requiere proporcionar el listado en formato Excel que contenga: nombre completo del asegurado, fecha de nacimiento o RFC, sexo, puesto que desempeña, y en caso que la suma asegurada sea por meses de sueldo, se debe incluir el sueldo mensual de cada participante.			

En caso de características y/o condiciones particulares a considerar para el grupo asegurado, favor de especificar:			
¿Existe la posibilidad que derivado directamente de la actividad de los asegurados, ocurra un siniestro que afecte de manera simultánea a varios de los integrantes de la colectividad? ¿Por qué?			
EXPERIENCIA EN SINIESTRALIDAD DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS			
Año	No. de siniestros	Monto Pagado	Coberturas
Última vigencia			
Penúltima vigencia			
Antepenúltima vigencia			
Compañía actual:		Periodo de vigencia:	
Prima pagada:		Suma asegurada total:	No. de asegurados
DATOS DEL AGENTE			
CLAVE	NOMBRE	%	COMISIÓN NIVELADA
			Si
			No
<p>Advertencia: Este producto cuenta con exclusiones y/o limitantes, consúltelas en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en www.afirmeseguros.com</p> <p>Esta solicitud forma parte de un contrato de adhesión relativo al Seguro de Vida Grupo Microseguro Recíproco registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuya cobertura y exclusión son:</p> <p>Cobertura del Seguro: Si durante la vigencia del Contrato de Seguro ocurriera el fallecimiento del Asegurado Titular, la Institución pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Si el Asegurado llegara con vida al término del plazo de seguro, la protección terminará sin obligación alguna para la Institución.</p> <p>En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro primeros meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p> <p>Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p>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</p> <p>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, página www.condusef.gob.mx</p>			

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 21 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0302-2025/CONDUSEF-006978-03.

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

COPIA
SIN
VALOR

OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE MICROSEGURO VIDA GRUPO RECÍPROCO AFIRME SOLICITADA A SEGUROS AFIRME, S. A. DE C. V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, POR EL GRUPO AL QUE PERTENEZCO. PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONSENTIMIENTO, HAGO CONSTAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Correo electrónico _____ Número de celular _____

Lugar _____ el día _____ de _____ de _____.

Número de Póliza _____

COBERTURAS / SUMA ASEGURADA	
Coberturas(s)/ Asistencias	Suma Asegurada

HIJOS DE ASEGURADO TITULAR PARA BENEFICIO DE REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS		
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo

DESIGNACIÓN DE ASEGURADO FAMILIAR RECÍPROCO			
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de nacimiento	Parentesco	Sexo

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Familiar Recíproco quién será su único Beneficiario.

En caso de fallecimiento del Asegurado Familiar Recíproco el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Titular quién será su único Beneficiario.

En el caso de que el Asegurado Titular y el Asegurado Familiar Recíproco fallecieran de forma simultánea, la Institución pagará la Suma Asegurada a la sucesión legal del Asegurado Titular.

FIRMA DEL ASEGURADO _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO _____

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

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 Página 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 21 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0302-2025/CONDUSEF-006978-03.

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