



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL PATRIMONIO
INTEGRAL AFIRME

NO. DE SOLICITUD [REDACTED]

ID AFIRME [REDACTED]

FECHA DE SOLICITUD [REDACTED]

EL SOLICITANTE DEBERÁ REQUISITAR ESTA SOLICITUD CON
TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE SIN OMITIR NINGÚN DATO

DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO

Apellido paterno- Apellido materno- Nombres(s)	R.F.C.
CURP	Correo electrónico
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada	

DATOS PERSONALES

País de nacimiento (Ciudad)	Fecha de Nacimiento			
.				
Ciudad de Nacimiento	Nacionalidad			
Sexo: Masculino	Femenino	Estado Civil: Soltero	Casado	Concubinato
Calle y No.	Colonia	C.P.	Población	Estado
Teléfono particular (con clave lada)	Teléfono de empleo	Celular		

SEGURO BÁSICO SOLICITADO

Tipo de Plan	Vigencia	Plazo	Periodo de Pago	Moneda	Suma Asegurada

Forma de pago

¿Desea realizar pago de Primas Adicionales anualizadas?

Si [REDACTED] No [REDACTED]

En caso de afirmativo, indicar monto anual para dicha Prima Adicional, la misma que se cobrará según la forma de pago elegida.

BENEFICIOS ADICIONALES	Suma Asegurada	Forma de Pago

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: En el caso de que 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.

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	%

CUESTIONARIO MÉDICO

1.- ¿Ha presentado usted algún padecimiento relacionado con el corazón, sistema circulatorio, las vías respiratorias, el aparato digestivo, el aparato reproductor o las vías urinarias? **Si** **No**

2.- ¿Presenta Usted alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores ó S.I.D.A?

Si **No**

3.- ¿Está Usted bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica? **Si** **No**

En caso de haber contestado afirmativa alguna de las preguntas anteriores, favor de detallar información en el cuadro siguiente:

Pregunta	Enfermedad, Lesiones, Estudio o Tratamientos	Fecha	Duración	Condición Actual

INFORMACIÓN DE OCUPACIÓN

Nombre de la empresa

Giro	Población y Estado

Detalle de ocupación

Lugar de trabajo: Oficina	<input type="checkbox"/>	Fábrica	<input type="checkbox"/>	Taller	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Especifique

Ingresos anuales del Solicitante:

1. ¿Usa armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	4. ¿Su ocupación requiere conducir algún tipo de vehículo? (excluir de uso particular)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

2. ¿Trabaja con o en lugares donde se emplea fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos o tóxicos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	5. ¿Realiza actividades en techos, azoteas o en alturas peligrosas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

3. ¿Maneja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	6. ¿Realiza actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

7. ¿Tiene alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información indicando número de pregunta:

AVIACIÓN, DEPORTES, Y/O AFINACIONES (deberá llenarse en todos los casos)**En caso de respuesta afirmativa debe requisitarse el cuestionario especial correspondiente.**

Deportes o aficiones que practica o haya practicado	¿Desea cubrir el riesgo?	Deportes o aficiones que practica o haya practicado	¿Desea cubrir el riesgo?

AVISO DE PRIVACIDAD

Declaro que Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero puso a mi disposición su Aviso de Privacidad previo al llenado de la presente solicitud, así como también a través de su portal de Internet www.afirmeseguros.com, mismo que manifiesto conocer y aceptar en todos sus términos.

Autorizo expresamente a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero para tratar y transferir mis datos personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud de conformidad con los términos de este consentimiento y del Aviso de Privacidad de dicha Institución. SI _____ NO _____

Como Asegurado autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fui atendido, a que otorguen a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional.

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

Se le informa que trimestralmente se emitirá y enviará al correo electrónico indicado su estado de cuenta, sin perjuicio a que el mismo será enviado semestralmente de manera impresa a su domicilio. No obstante, agradeceremos indique si usted desea recibir el estado de cuenta semestral a través de la dirección de correo electrónico 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.

SOLICITO A SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO, UN SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR EN PLAN QUE SE INDICA, CONFORME AL ART. 8 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, Y DECLARO HABER CONTESTADO EL CUESTIONARIO MÉDICO TAL Y COMO CONOZCO O DEBIERA CONOCER LOS HECHOS, DE ACUERDO CON EL ART. 47 DE LA CITADA LEY, POR LO QUE CUALQUIER OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS FACULTARÁ A LA ASEGURODORA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO DE SEGURO.

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
(Indispensable presentar copia de Identificación Oficial)

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

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 26 de febrero de 2020, con el número CNSF-S0094-0583-2019/CONDUSEF- 004147-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0583-2019/CONDUSEF- 004147-02

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

ARTÍCULOS MENCIONADOS
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 7º.- 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.

Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

COPY
SIN
VALOR