



**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
PATRIMONIO INTEGRAL AFIRME II**

NO. DE SOLICITUD

ID AFIRME

FECHA DE SOLICITUD

**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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/>		
Ocupación:		Monto de ingresos anuales:		
Calle y No.		Colonia	C.P.	Población Estado
Teléfono particular (con clave lada)		Teléfono de empleo		Celular
SEGURO BASICO SOLICITADO				
Tipo de Plan	Plazo	Forma de Pago	Moneda	Suma Asegurada
BENEFICIOS ADICIONALES			Beneficio Contratado	Suma Asegurada
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
PRIMAS ADICIONALES				
Plan de distribución de Primas Adicionales:		Indicaciones para la administración de Primas Adicionales		
Principal artículo 93 LISR*		Considerar que durante la vigencia de la póliza el Asegurado deberá mantener mínimo \$50,000.00		
Plan Personal de Retiro (PPR) artículo 151 LISR		La deducibilidad máxima para este fondo será hasta el 10% de los ingresos acumulables en el ejercicio, con un límite de cinco salarios mínimos generales del área geográfica. Se informa que las cantidades excedentes serán aplicadas al Fondo del artículo 93.		
Cuenta Personal Especial para el Ahorro (CPEA) artículo 185 LISR		Se recomienda inversión hasta por el monto de la deducibilidad máxima de \$152,000 al año calendario, las cantidades excedentes serán aplicadas al Fondo del artículo 93.		
OPCIONES DE RENDIMIENTO				

Portafolio Conservador		Portafolio Moderado	
Porcentaje _Máximo por Tipo de Instrumento (% sobre el Total del Portafolio)		Porcentaje _Máximo por Tipo de Instrumento (% sobre el Total del Portafolio)	
Tipo de Instrumento	Portafolio Conservador	Tipo de Instrumento	Portafolio Moderado
Deuda	100%	Deuda	100%
Gubernamental	100%	Gubernamental	100%
Corporativo	00%	Corporativo	40%
Renta Variable	0%	Renta Variable	0%
Nacional	0%	Nacional	0%
Internacional	0%	Internacional	0%
Portafolio Agresivo Porcentaje _Máximo por Tipo de Instrumento (% sobre el Total del Portafolio)		La Institución no garantiza en ningún caso, el monto de los rendimientos obtenidos por ninguno de los Portafolios de Inversión. La composición de los Portafolios es de carácter ilustrativo, ya que la Institución se reserva el derecho de rebalancear la composición de los Portafolios de Inversión.	
Tipo de Instrumento	Portafolio Agresivo		
Deuda	100%		
Gubernamental	100%		
Corporativo	38%		
Renta Variable	20%		
Nacional	20%		
Internacional	10%		
Se previene al Asegurado que el rendimiento generado por las Alternativas de Rendimiento o Portafolios de Inversión en las cuales están invertidos sus Fondos de Prima puede ser negativo, lo cual en caso de retiros, rescate o fallecimiento del Asegurado, se vería reflejado como una reducción al valor de su Fondo de Primas.			
Distribución de Primas Adicionales			
Prima Adicional Inicial		\$	
Plan de distribución:	Portafolio Conservador	Portafolio Moderado	Portafolio Agresivo
Fondo de Prima "Principal" artículo 93 LISR			
Fondo de Prima "Plan Personal de Retiro" (PPR) artículo 151 LISR			
Fondo de Prima "Cuenta Personal Especial para el Ahorro" (CPEA) artículo 185 LISR			
Prima Adicional Programada	Periodicidad	\$	
Plan de distribución:	Portafolio Conservador	Portafolio Moderado	Portafolio Agresivo
Fondo de Prima "Principal" artículo 93 LISR			
Fondo de Prima "Plan Personal de Retiro" (PPR) artículo 151 LISR			
Fondo de Prima "Cuenta Personal Especial para el Ahorro" (CPEA) artículo 185 LISR			
Confirme el día en el que cada mes se realizará el cargo de la Prima Adicional Programada _____. En caso de no determinar un día específico los cargos serán programados en el mismo día de inicio de la Póliza.			
En caso en que el día programado sea inhábil, la Institución realizará el cargo en el día hábil inmediato posterior al mismo.			
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	%	Revocable
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

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 (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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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.

ESTADO DE CUENTA

¿Desea consultar su estado de cuenta y movimientos de su Póliza a través del sitio web XXXXXX que la Institución pone a su disposición?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

En caso de contestar "Si" Usted está de acuerdo en que las consultas realizadas en el sitio web indicado, sustituirá a la obligación que tiene la Institución de remitir el estado de cuenta impreso, lo anterior de conformidad con la disposición 4.6.4 de la Circular Única de Seguros y de Fianzas.

Solicito a Seguros Afirme S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, un seguro de vida individual en el 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 Institución 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 23 de febrero de 2023, con el número CNSF-S0094-0459-2020/CONDUSEF-004566-05.

No. de Registro: CNSF-S0094-0459-2020/CONDUSEF- 004566-05

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 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.

Artículo 8°.- 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.

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS

4.6.4 Los estados de cuenta deberán emitirse por periodos que no excedan de tres meses, a través de medios electrónicos o en papel impreso. En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, se deberá también remitir en papel impreso cuando menos semestralmente.

A solicitud de los interesados, se podrá establecer que, en sustitución de la obligación referida en el párrafo anterior, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier otro medio que al efecto se acuerde entre las partes. La Institución de Seguros deberá mantener en sus expedientes la evidencia de dicha solicitud.

No. de Póliza		Fecha de Solicitud	
TIPO DE MOVIMIENTO			
Programación de una Prima Adicional Mensual		Primas Adicional Extraordinaria	
Cambio de fecha y/o monto de Prima Adicional Programada		Cambio de cuenta del Asegurado	
Suspensión de Prima Adicional Programada			
DATOS DEL ASEGURADO (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))			
PRIMAS ADICIONALES			
Fecha de programación de Primas Adicionales			
Monto		\$0.00	
*Se generará recibo por el monto especificado, el cargo lo verá reflejado en el Estado de Cuenta			
Distribución de la Prima Adicional			
Plan de Distribución	Portafolio Conservador	Portafolio Moderado	Portafolio Agresivo
Fondo de Prima “Principal” artículo 93 LISR			
Fondo de Prima “Plan Personal de Retiro” (PPR) artículo 151 LISR			
Fondo de Prima “Cuenta Personal Especial para el Ahorro” (CPEA) artículo 185 LISR			
Cargo a cuenta del Asegurado para Primas Adicionales			
Por medio de la presente proporciono a SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO, la información necesaria de mi Cuenta Bancaria que se describe a continuación, con el fin de que sea utilizada para cargar electrónicamente el importe arriba indicado, con la finalidad de que sea aplicado a la Póliza señalada en esta solicitud.			
* FAVOR DE INCLUIR COPIA DE SU ESTADO DE CUENTA"			
Tipo de cuenta única a requerir:		Nombre de la Institución Bancaria:	
Correo electrónico:		No. de Cuenta CLABE	
En caso en que mi Cuenta tuviera algún cambio o fuera cancelada, me comprometo a notificar oportunamente a SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO, con el fin de que mis pagos continúen siendo abonados de forma correcta, ya que de lo contrario, SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO no asume ningún tipo de responsabilidad que pudiera derivarse por el desconocimiento de la información correcta de mi cuenta.			
Con el cargo anterior, se paga el recibo de la Póliza.			
DÍAS Y HORARIOS PARA REALIZAR APORTACIÓN DE PRIMAS ADICIONALES: Lunes a Viernes de 9:00 a.m. hasta las 12:00 p.m.			

"No se aceptan para trámite solicitudes con campos vacíos, ni fuera de los días y horarios indicados. En caso de que se reciba una inversión posterior a las 12:00 horas se aplicará el siguiente día posterior hábil."	
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 23 de febrero de 2023, con el número CNSF-S0094-0459-2020/CONDUSEF-004566-05.	
<div>Nombre y Firma del Asegurado</div>	<div>Funcionario Autorizado</div>
<div>SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO</div> <div>Hidalgo 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México</div> <div>Teléfono: (81) 8318-3800 Lunes a Jueves 8:30 a 18:00 horas Viernes de 8:30 a 16:00 horas www.afirmeseguros.com</div>	

COPIA
SIN
VALOR

ESTADO DE CUENTA							
Línea de Negocio:			Producto:				
Periodo que se informa: Del DD/MM/AAAA Al DD/MM/AAAA							
CONTRATANTE/ ASEGURADO							
Nombre completo:			C.U.R.P.				
Domicilio:			R.F.C.				
Calle y número:			C.P.				
Colonia:			Estado:				
Municipio/Delegación:			Correo electrónico:				
DATOS DE LA POLIZA							
No. de Póliza							
Vigencia: Desde DD/MM/AAAA Hasta DD/MM/AAAA							
Nombre del Agente:			Clave del Agente:				
RESUMEN DE SALDOS Y MOVIMIENTOS							
Saldo Inicial	Primas	Costos del Seguro	Retiros	Rendimientos (M.N.)	Saldo Final		
DETALLE DE DISTRIBUCION DE FONDOS							
	Portafolio	Saldo Inicial	Primas	Costo del Seguro	Retiros	Rendimientos (M.N.)	Saldo Final
Fondo de Prima "Principal" artículo 93 LISR*	Conservador						
	Moderado						
	Agresivo						
Fondo de Prima "Plan Personal de Retiro" (PPR) artículo 151 LISR	Conservador						
	Moderado						
	Agresivo						
Fondo de Prima "Cuenta Personal Especial para el Ahorro" (CPEA) artículo 185 LISR	Conservador						
	Moderado						
	Agresivo						
Valores Garantizados: No aplica LISR* Ley de Impuesto sobre la Renta							
COMPARATIVO DE COMISIONES							
Entidad Financiera		Instrumento			%Comisión		
TASAS DE RENDIMIENTO ANUALIZADO POR TIPO DE PORTAFOLIO							
% Portafolio Conservador							
% Portafolio Moderado							
% Portafolio Agresivo							
Para cualquier duda o aclaración que tenga sobre su estado de cuenta favor de comunicarse al teléfono (81) 83.18.38.00 ext. 28565 dentro de los primeros XXX días a partir de la fecha de corte. En caso contrario, dicha información se considerará aceptada.							

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 23 de febrero de 2023, con el número CNSF-S0094-0459-2020/CONDUSEF-004566-05.

SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000.
Teléfono: (81) 83.18.38.00| Lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas, viernes de 8:30 a 16:00 horas|
www.afirmese seguros.com