

No. de Registro RESP-S0094-0630-2015/ CONDUSEF-000957-01

LOGO COMPAÑÍA

Solicitud No.

Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del Solicitante

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento			Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Ciudad y Estado de Nacimiento
Día	Mes	Año					

En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si () No ()

Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja		RFC con homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores		Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo			
Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores		Empresa en que desempeña sus labores

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior	Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular	Teléfono Oficina
Correo Electrónico				

DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Relación con el solicitante:		

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	------	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	Código Postal

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción			Forma de pago
Temporal a 5 años Renovable	100,000 ()	200,000 ()	300,000 ()	ANUAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: En el 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 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.

Nombres del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios?					Si () No ()
Seguros expedidos (en vigor o cancelados)					
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual	

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. Diabetes
2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma
3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus
4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática
5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón
6. Insuficiencia renal o pancreatitis
7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral
8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnósticos de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Afirme S.A. de C.V., aun cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento por Seguros Afirme S.A. de C.V., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo, autorizo a las compañías de seguros para que proporcionen a Seguros Afirme S.A. de C.V., la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Afirme S.A. de C.V. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante



PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud Si () No ()

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 800 SEGURO1 o visite www.afirmeseguros.com; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO, EN LA OPERACION DE VIDA quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0094-0630-2015 / CONDUSEF-000957-01.

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 Servicios Financieros (CONDUSEF): Av. Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, D.F., Teléfono (55) 53400999, www.condusef.gob.mx

No. de Registro: RESP-S0094-0630-2015/ CONDUSEF-000957-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Av. Hidalgo No 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México Teléfono:
(81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas y Viernes de 8:30 a 16:30 horas |
www.afirmeseguros.com