

**CARÁTULA DE PÓLIZA DE  
SEGURO  
DE VIDA GRUPO**

**Póliza:**

<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Vigencia Hasta:</b>
------------------------	------------------------

<b>Producto</b>	<b>Línea de Negocio</b>	<b>Forma de Pago</b>	<b>Moneda</b>
-----------------	-------------------------	----------------------	---------------

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE**

C.P.

ID CONTRATANTE: R.F.C.

TIPO DE GRUPO ASEGURADO:

**SUMAS ASEGURADAS**

Total Básica Inicial Asegurabilidad	Máxima sin requisitos de
--	--------------------------

**BENEFICIOS ADICIONALES**

Contribución de los miembros al pago de la prima	%
Periodicidad del Cálculo de Dividendos	Total de Primas
Tipo de Administración	Descuento
Tipo de Experiencia	Prima Neta
	Tasa de Financiamiento
	Gastos de Expedición
	I.V.A.
	<b>Prima Total Anual</b>

**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:** "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

Lo invitamos a consultar las coberturas exclusiones y limitantes del producto 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 día 21 de enero de 2020, con el número CNSF-S0094-0026-2020/CONDUSEF-004207-01.**

**No. de Registro: CNSF-S0094-0026-2020/CONDUSEF-004207-01**

**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)

**Siniestros:** 800-723-47-63 | Las 24 horas del día los 365 días del año

**Funcionario Autorizado**

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la ciudad de Monterrey, N.L. el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL  
SEGURO DE VIDA GRUPO ORFANDAD  
CON DESEMPLEO E INVALIDEZ TEMPORAL**

Consentimiento- Certificado individual para formar parte del Seguro de Vida Grupo temporal a un año solicitado a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, por el grupo al que pertenezco.

**Datos Generales**

Número de Póliza	Vigencia de la Póliza	
Número de Certificado	Vigencia del Certificado	
Contratante o Razón Social		
Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno		
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Fecha de alta al Seguro (día, mes , año)	Sexo
		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Ocupación del Asegurado		

**Detalle de Coberturas**

Coberturas(s)	Suma Asegurada o regla para establecerla			
	<b>Desempleo Involuntario</b>	<b>Desempleo por Temporal</b>	<b>Invalidez por Accidente</b>	<b>Total y/o Enfermedad</b>
<b>Periodo de Espera</b>	30 días	30 días		

Periodicidad máxima de pagos \_\_\_\_\_ para la cobertura de Desempleo.

Monto de MENSUALIDAD DE: \$ \_\_\_\_\_.

**Respecto a los Beneficios Adicionales de Desempleo Involuntario y Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:** Si el cuatrimestre, semestre o año terminan y no se ha agotado el número máximo de pagos estipulados en el presente, la Institución seguirá realizando dichos pagos al inicio del siguiente cuatrimestre, semestre o año sin aplicar Periodo de Espera, siempre y cuando el estudiante esté reinscrito y siga el pagador de la prima desempleado o incapacitado y hasta el monto máximo de pagos estipulados considerando los 2 períodos.

**IMPORTANTE**

**El servicio de Asistencia Funeraria está limitado únicamente para el Asegurado y ,en su caso Asegurados Dependientes, en caso de fallecimiento; para hacer uso de este servicio favor de comunicarse al teléfono (800) 504-64-55 o 55-52-12-06-29.**

**Designación de Beneficiarios**

Nombre(s), Apellido Paterno, Materno	%	Designación Irrevocable
		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Advertencias**

En el caso de que el asegurado 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 de 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en sólo caso 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.

Si en el presente o en el futuro el Asegurado realiza o se relaciona en actividades ilícitas, se considerará una agravación del riesgo y cesarán las obligaciones de la Institución derivadas del contrato de seguro.

## **IMPORTANTE**

**Sólo se puede asegurar a personas de entre 18 y 69 años de edad.**

**Los límites de edades de aceptación y renovación que arriba se indican, son aplicables para la cobertura básica (fallecimiento), toda vez que la edad máxima de admisión para los beneficios adicionales, en caso de que éstos sean contratados, pueden ser diferentes de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de los mismos.**

**¿Padece o ha padecido durante los últimos dos años alguna de las siguientes enfermedades?: CORAZÓN, DIABETES, SIDA, TUMORES, CÁNCER, O ENFERMEDADES PULMONARES, ya que, si éste es su caso, no podrá quedar asegurado.**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Nota: En caso de desarrollar cualquiera de las OCUPACIONES que a continuación se detallan NO PODRÁ SER ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA:** • Personal de Seguridad Pública o Privada, Policías, Personal de Tránsito, Personal del Ejército, Personal de la Armada, Personal de la Fuerza Aérea, todos ellos con o sin porte de arma • Personas con edades fuera de los límites de aceptación • Jubilados, Pensionados • Cañeros • Mineros • Pilotos (profesionales de autos y avión) • Personas que practiquen deportes peligrosos (Ejemplo: Alpinismo, Caza, Tauromaquia, Buceo) • Empleados cuya ocupación requiera del manejo de Químicos, Líquidos Inflamables, Gasolina, Diésel • Rescatistas • Bomberos • Electricistas que se desarrolle como linieros, en alta tensión o plataforma.

**¿Desarrolla Usted alguna de las ocupaciones mencionadas?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**En caso de respuesta afirmativa favor de especificar cual: \_\_\_\_\_.**

**En caso de omisión, falsa o inexacta declaración, SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO podrá rescindir el contrato por lo que hace al certificado respectivo y en consecuencia en caso de siniestro, la Institución no será responsable de pagar la indemnización a los beneficiarios.**

**Este seguro permanecerá vigente mientras la prima mensual correspondiente se encuentre pagada y el Asegurado continúe siendo Cliente Afirme.**

## **DERECHOS DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS**

El Asegurado o sus Beneficiarios tendrán derecho a exigir a la Institución, que pague al Beneficiario Preferente (Contratante del seguro), el saldo insoluto del crédito amparado por el presente contrato, sin exceder la suma asegurada convenida.

Asimismo, la Institución se obliga a notificar al Asegurado y a su Beneficiarios, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses, y entre otras, pueda ejercitarse su derecho a que la Institución pague al Beneficiario Preferente, el saldo insoluto del crédito. Para el cumplimiento de dicha obligación, el Asegurado y sus Beneficiarios, deberán informar a la Institución sus respectivos domicilios.

**Transcripción artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

**"Artículo 17.** Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones con que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza."

**"Artículo 18.** Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DE VIDA SOLICITADA A SEGUROS AFIRME, S. A. DE C. V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

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.

Lugar \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

**Este consentimiento/certificado será entregado al Asegurado por el Contratante una vez que sea firmado tanto por el propio Asegurado como por el funcionario de la Institución que lo suscriben.**

**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 día 21 de enero de 2020, con el número CNSF-S0094-0026-2020/CONDUSEF-004207-01.**

**No. de Registro: CNSF-S0094-0026-2020/ CONDUSEF-004207-01**

**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)

**COPIA  
SIN  
VALOR**

## **CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO**

### **Cobertura del Seguro:**

Por virtud del presente Contrato, la Institución, garantiza al Contratante La suma asegurada por fallecimiento de cada participante equivale al total de la suma de todas las inscripciones o matrícula y colegiaturas (sin recargos por mora) faltantes y necesarias para la educación escolar de su Dependiente Económico para cursar en la Institución Educativa, desde la fecha de ocurrencia del siniestro hasta el grado escolar señalado en el Certificado Individual.

### **Cobertura del Seguro:**

Fallecimiento

Coberturas por Desempleo

- Cobertura por Desempleo Involuntario o
- Cobertura Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

Servicios de Asistencia Funeraria

### **Suicidio**

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años 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.

*“Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.”*

**Exclusiones aplicables a la Cobertura de Desempleo Involuntario**

La Institución no pagará Indemnización alguna por esta cobertura en los siguientes casos:

- a) El fallecimiento del Asegurado.

- b) Desempleo Involuntario del Asegurado que de inicio dentro del Periodo de Espera especificado en el Certificado Individual. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de una vigencia anterior.
- c) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.
- d) Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.
- e) Pérdida del empleo por participar en paros o disputas laborales.
- f) Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área del trabajo del Asegurado.
- g) Pérdida del empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- h) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado.
- i) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones, de la Ley Federal del Trabajo.
- j) Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).

**Exclusiones de la Cobertura Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:**

**La Institución no pagará Indemnización alguna por esta Cobertura en los siguientes casos:**

- a) El fallecimiento del Asegurado.**
- b) Accidentes por participar en: servicios militar, actos de guerra, riñas, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
  - Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
  - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
  - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.
  - Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rappel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet sky o cualquier tipo de deporte aéreo.

- La práctica profesional de cualquier deporte.
- d) Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- e) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que ocurran a consecuencia de un Accidente.**
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.**
- g) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, exceptos si éstos fueron prescritos por un médico.**
- h) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un Accidente.**
- i) Padecimientos Preexistentes**
- j) Se excluye de esta Cobertura a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato laboral por tiempo indefinido para una persona física o moral que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.**

#### **Prescripción**

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y en dos años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino

desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo. Tratándose de terceros Beneficiarios será necesario, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

#### **Beneficiarios**

Se podrá designar como Beneficiario del seguro al Contratante de esta Póliza, en virtud de que el objeto

del seguro es el de garantizar el pago de los gastos educativos en dicha Institución Educativa, siempre y cuando se establezca en el Consentimiento Individual del Asegurado.

Fuera de la designación del Beneficiario la cual podrá tener el carácter de irrevocable, los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, y en su caso, indicar si desean renunciar al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

#### **Indemnización por mora**

Si la Institución no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL  
SEGURO DE VIDA GRUPO ORFANDAD  
CON DESEMPLEO E INVALIDEZ TEMPORAL**

Consentimiento- Certificado individual para formar parte del Seguro de Vida Grupo temporal a un año solicitado a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, por el grupo al que pertenezco.

**Datos Generales**

Número de Póliza	Vigencia de la Póliza	
Número de Certificado	Vigencia del Certificado	
Contratante o Razón Social		
Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno		
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Fecha de alta al Seguro (día, mes , año)	Sexo
		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Ocupación del Asegurado		

**Detalle de Coberturas**

Coberturas(s)	Suma Asegurada o regla para establecerla			
	<b>Desempleo Involuntario</b>	<b>Desempleo por Temporal</b>	<b>Invalidez por Accidente</b>	<b>Total y/o Enfermedad</b>
<b>Periodo de Espera</b>	30 días	30 días		

Periodicidad máxima de pagos \_\_\_\_\_ para la cobertura de Desempleo.

Monto de MENSUALIDAD DE: \$ \_\_\_\_\_.

**Respecto a los Beneficios Adicionales de Desempleo Involuntario y Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:** Si el cuatrimestre, semestre o año terminan y no se ha agotado el número máximo de pagos estipulados en el presente, la Institución seguirá realizando dichos pagos al inicio del siguiente cuatrimestre, semestre o año sin aplicar Periodo de Espera, siempre y cuando el estudiante esté reinscrito y siga el pagador de la prima desempleado o incapacitado y hasta el monto máximo de pagos estipulados considerando los 2 períodos.

**IMPORTANTE**

**El servicio de Asistencia Funeraria está limitado únicamente para el Asegurado y ,en su caso Asegurados Dependientes, en caso de fallecimiento; para hacer uso de este servicio favor de comunicarse al teléfono (800) 504-64-55 o 55-52-12-06-29.**

**Cuestionario de Salud**

Peso (kg) :	Estatura (cm):
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2.- ¿ Presenta usted alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores, hipertensión o S.I.D.A.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3.- ¿Usted está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica?	

					Si	No
<b>En caso de haber contestado de manera afirmativa alguna de las preguntas anteriores, favor de ampliar información en el cuadro que sigue:</b>						
No. de Pregunta	Enfermedad, Lesiones, Estudio o Tratamiento	Fecha	Duración	Condición Actual		
<b>Designación de Beneficiarios</b>						
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno	%	Designación Irrevocable				
		Sí	No			
		Sí	No			
		Sí	No			
<b>Advertencias</b>						
<p>En el caso de que el asegurado 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 de 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.</p> <p>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 sólo caso 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.</p> <p>Si en el presente o en el futuro el Asegurado realiza o se relaciona en actividades ilícitas, se considerará una agravación del riesgo y cesarán las obligaciones de la Institución derivadas del contrato de seguro.</p>						
<b>Transcripción artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.</b>						
<p><b>"Artículo 17.</b> Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones con que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.</p> <p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.</p> <p>Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza."</p>						
<p><b>"Artículo 18.</b> Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."</p>						
<p>OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DE VIDA SOLICITADA A SEGUROS AFIRME, S. A. DE C. V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.</p> <p>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.</p>						
Lugar _____ el día _____ de _____ de _____						

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

**Este consentimiento/certificado será entregado al Asegurado por el Contratante una vez que sea firmado tanto por el propio Asegurado como por el funcionario de la Institución que lo suscriben.**

**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 día 21 de enero de 2020, con el número CNSF-S0094-0026-2020/CONDUSEF-004207-01.**

**No. de Registro: CNSF-S0094-0026-2020/CONDUSEF-004207-01**

**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)

## **CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO**

### **Cobertura del Seguro:**

Por virtud del presente Contrato, la Institución, garantiza al Contratante La suma asegurada por fallecimiento de cada participante equivale al total de la suma de todas las inscripciones o matrícula y colegiaturas (sin recargos por mora) faltantes y necesarias para la educación escolar de su Dependiente Económico para cursar en la Institución Educativa, desde la fecha de ocurrencia del siniestro hasta el grado escolar señalado en el Certificado Individual.

### **Cobertura del Seguro:**

Fallecimiento

Coberturas por Desempleo

- Cobertura por Desempleo Involuntario o
- Cobertura Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

Servicios de Asistencia Funeraria

### **Suicidio**

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años 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.

*“Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.”*

**Exclusiones aplicables a la Cobertura de Desempleo Involuntario**

La Institución no pagará Indemnización alguna por esta cobertura en los siguientes casos:

- a) El fallecimiento del Asegurado.

- b) Desempleo Involuntario del Asegurado que de inicio dentro del Periodo de Espera especificado en el Certificado Individual. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de una vigencia anterior.
- c) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.
- d) Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.
- e) Pérdida del empleo por participar en paros o disputas laborales.
- f) Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área del trabajo del Asegurado.
- g) Pérdida del empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- h) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado.
- i) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones, de la Ley Federal del Trabajo.
- j) Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).

**Exclusiones de la Cobertura Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:**

**La Institución no pagará Indemnización alguna por esta Cobertura en los siguientes casos:**

- a) El fallecimiento del Asegurado.**
- b) Accidentes por participar en: servicios militar, actos de guerra, riñas, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
  - Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
  - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
  - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.
  - Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rappel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet sky o cualquier tipo de deporte aero.

- La práctica profesional de cualquier deporte.
- d) Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- e) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que ocurran a consecuencia de un Accidente.**
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.**
- g) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, exceptos si éstos fueron prescritos por un médico.**
- h) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un Accidente.**
- i) Padecimientos Preexistentes**
- j) Se excluye de esta Cobertura a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato laboral por tiempo indefinido para una persona física o moral que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.**

#### **Prescripción**

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y en dos años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino

desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo. Tratándose de terceros Beneficiarios será necesario, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

#### **Beneficiarios**

Se podrá designar como Beneficiario del seguro al Contratante de esta Póliza, en virtud de que el objeto

del seguro es el de garantizar el pago de los gastos educativos en dicha Institución Educativa, siempre y cuando se establezca en el Consentimiento Individual del Asegurado.

Fuera de la designación del Beneficiario la cual podrá tener el carácter de irrevocable, los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, y en su caso, indicar si desean renunciar al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

#### **Indemnización por mora**

Si la Institución no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.