

Lugar y Fecha :

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social:

R.F.C.

Domicilio (Calle y Número):

Colonia:

Delegación, Municipio o Población.

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono / Fax

Correo Electrónico:

Giro de la Empresa:

Actividades principales de los participantes:

Tipo de Asegurados:Empleados Deudores Agrupación legalmente establecida **Vigencia de Póliza:**

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Tipo de negocio:Comercial Licitación Concurso **Forma de pago de la póliza:**Anual Semestral Trimestral Mensual **Tipo de administración:**Normal Autoadministrativa Con ajuste anual No contributoria Contributoria % de participación _____

¿El listado representa el 100% de la colectividad?

Sí No **Participación en el pago de la prima:**

¿El seguro garantiza alguna prestación u obligación laboral a cargo del Contratante?

Sí No **En caso de respuesta negativa, favor de justificar****Tipo de participación**Global Sin dividendos Propia % **Número de participantes**

Regla de Suma Asegurada:

COBERTURAS

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
		SÍ	
		NO	

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.

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. Registro: CGEN-S0094-0070-2017/CONSUDEF-G-00879-001

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 18 de Mayo de 2017 , con el número **CGEN-S0094-0070-2017/CONSUDEF-G-00879-001**.

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Hidalgo 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 16:00 horas
www.afirmeseguros.com.

AVISO DE PRIVACIDAD **(Aplica en el caso de que el Contratante sea Persona Física)**

Convencidos que el principal activo son nuestros clientes aplicamos lineamientos, políticas, procedimientos y programas de privacidad para proteger su información, en cumplimiento a lo establecido a los artículos tercero transitorio, 16 y 17 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de julio del año 2010, ordenamiento legal que tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, así como de su Reglamento, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 2011 y los Lineamientos del Aviso de Privacidad, publicados en el mismo medio informativo el 17 de enero de 2013.

En virtud de lo antes expuesto, le informamos que Usted tendrá pleno control y decisión sobre sus Datos Personales, conforme al contenido del presente aviso, mismos que le recomendamos leer detenidamente.

1. Definiciones.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento, los Lineamientos del Aviso de Privacidad y con el presente aviso, se entenderá por:

- **Datos Personales:** Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identifiable.
- **Datos Personales Sensibles:** Aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida puedan dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial, étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual.
- **Derechos ARCO:** Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- **Ley:** Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- **Lineamientos:** Lineamientos del Aviso de Privacidad.
- **Reglamento:** Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- **Responsable:** En conjunto Afirme Grupo Financiero, S.A. de C.V., Banca Afirme, S.A. Institución de Banca Múltiple; Seguros Afirme, S.A. de C.V.; Almacenadora Afirme, S.A. de C.V. Organización Auxiliar del Crédito; Fondos de Inversión Afirme, S.A. de C.V. Sociedad Operadora de Fondos de Inversión; Arrendadora Afirme, S.A. de C.V. SOFOM, ER; Factoraje Afirme, S.A. de C.V., SOFOM, ER, llevarán a cabo el tratamiento de sus datos personales.
- **Titular:** La persona física a quien corresponden los datos personales.

2. Datos del Responsable.

El Responsable, es un conjunto de sociedades legalmente constituidas bajo las Leyes Mexicanas, quien señala como domicilio convencional de todas ellas para los efectos relacionados con el presente aviso el ubicado en Avenida Juárez No. 800 Sur, Colonia Centro, Código Postal 64000, Monterrey, Nuevo León.

3. Información Proporcionada por el Titular.

El Titular proporcionará al Responsable Datos Personales y de beneficiarios tales como: De identificación, Laborales, Patrimoniales, Académicos y de Referencia.

Asimismo, el Titular podrá proporcionar al Responsable Datos Sensibles, para la contratación de productos y servicios financieros, como créditos, depósitos a la vista, depósitos a plazos, inversiones y seguros, los cuáles consistirán en estado de salud, nacionalidad y patrimonial, los cuales serán tratados bajo medidas de seguridad previstas por la Ley u otras Leyes especiales, garantizando su confidencialidad en todo momento.

4. Finalidad del Tratamiento de Datos.

Los Datos Personales que el Titular proporcione al Responsable tienen como finalidad la (posible en su caso tratándose de prospectos de clientes) relación contractual a generarse entre el Titular con el Responsable y acotarse en virtud de las condiciones generales aceptadas, condiciones particulares descritas en cada caso, la gestión, la administración, prestación, ampliación y mejora de los productos y servicios que el Titular desee contratar, así como por las actividades propias del Responsable en su objeto.

Asimismo, los Datos Personales proporcionados por el Titular, con excepción de Datos Personales Sensibles podrán ser utilizados para fines comerciales y promocionales, para el envío de información comercial y publicitaria, incluidos los

envíos por correo electrónico, telefonía celular (mensaje SMS, MMS) o todo medio de comunicación electrónica similar o que pueda llegar a desarrollarse, así como para encuestas de calidad y satisfacción, análisis de uso de productos, estadísticas para el envío de avisos acerca de productos y servicios operados por el Responsable y cuando otras Leyes lo requieran.

Los datos de referencia serán empleados por el Responsable para corroborar la información proporcionada por el Titular, para procesos de cobranza y/o en su caso para el ofrecimiento de productos y servicios financieros.

El tratamiento de los Datos Personales proporcionados por el Titular al Responsable se limitará al cumplimiento de las finalidades previstas en el presente aviso de privacidad y a fines distintos que resulten compatibles o análogos a los establecidos en dicho aviso, sin que para ello se requiera obtener nuevamente el consentimiento del Titular.

Al ponerse a disposición del Titular el presente aviso de privacidad y no manifestar éste oposición alguna, se entenderá que el Titular otorga al Responsable su consentimiento para llevar a cabo el tratamiento de los Datos Personales que hubieran sido proporcionados y/o los que con motivo de alguna de las finalidades establecidas en el presente aviso proporcione en lo futuro, ya sea personalmente o a través de agentes, promotores, comisionistas o socios comerciales, así como de cualquier medio electrónico, óptico, sonoro, audiovisual o a través de cualquier otra tecnología o medio con el que llegue a contar el Responsable.

No será necesario el consentimiento expreso para el tratamiento de Datos Personales cuando su manejo tenga el propósito de cumplir obligaciones derivadas de una relación jurídica entre el Titular y el Responsable, ni en los casos que contempla el artículo 10 de la Ley. Lo anterior sin perjuicio de la facultad que posee el Titular para el ejercicio de los Derechos ARCO en términos de la Ley.

El Responsable informa que toda comunicación por correo electrónico no protegida realizada a través de Internet puede ser objeto de intercepción, pérdida o posibles alteraciones en cuyo caso, el Titular no podrá exigir al Responsable alguna indemnización por cualquier daño resultante por la intercepción, sustracción, pérdida o alteración relacionada con un mensaje de correo electrónico entre las partes.

El Titular manifiesta que los Datos Personales proporcionados al Responsable son veraces y se hace responsable de comunicar a éste cualquier modificación a los mismos a través de los formatos designados para ello que se encuentran en toda la red de sucursales y oficinas del Responsable.

El Titular faculta al Responsable para allegarse de Datos Personales a través de terceros que el propio Titular haya autorizado frente al Responsable en calidad de referencias. Será responsabilidad del Titular informar a esos terceros respecto de la información que proporcionó al Responsable y los fines de la misma, no siendo obligación del Responsable informar a esos terceros respecto del contenido de este aviso de privacidad.

Así mismo, se informa a los Titulares de los Datos Personales que tendrán un plazo de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente a la contratación del producto o servicio que haya deseado adquirir con el Responsable, para que, de ser el caso, manifiesten su negativa para el tratamiento de sus Datos Personales con respecto a las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad que no sean necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el Responsable a través de una solicitud a dicha negativa a la dirección de correo electrónico datospersonales@afirme.com.

5. Limitación del Uso y Divulgación de los datos.

El Responsable ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de Datos Personales requeridos por Ley, adicionalmente, podrá implementar otros medios y medidas técnicas que se encuentren a su alcance para evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los Datos Personales proporcionados por el Titular.

Usted podrá limitar el uso y divulgación de sus Datos Personales a través del envío de un correo electrónico a la dirección datospersonales@afirme.com en donde podrá explicar qué datos y su deseo de que los mismos no sean utilizados para recibir comunicados o promociones por parte del Responsable.

Así mismo podrá limitar o revocar el uso o divulgación de sus Datos Personales, a través del Registro Público de Usuarios que no deseen información publicitaria de Productos y Servicios Financieros (REUS), estando a su disposición mediante el portal en internet con la siguiente dirección. <http://portalif.condusef.gob.mx/REUS/home.php>.

6. Medios para ejercer los Derechos ARCO.

El Titular, por sí o mediante representante legal debidamente acreditado, tiene reconocidos y podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al Responsable. Para ello el Titular o su representante legal podrán obtener una Solicitud de ejercicio de Derechos ARCO, requiriéndola a la dirección de correo electrónico datospersonales@afirme.com, o descargándola en www.afirme.com; dicho formato se deberá llenar, firmar y devolver a la dirección de correo electrónico antes mencionada, acompañada de la siguiente documentación escaneada, a fin de que pueda llevarse a cabo la autenticación del titular que quiera ejercer sus Derechos ARCO:

- 1.- Identificación oficial vigente con fotografía del Titular.
- 2.- En los casos en que el ejercicio de los Derechos ARCO se realice a través del representante legal del Titular, además de la acreditación de la identidad de ambos, se deberá entregar el poder notarial correspondiente, carta poder firmada ante dos testigos o declaración en comparecencia del Titular.
- 3.- Cuando se quiera ejercer el derecho de rectificación, se tendrá que entregar la documentación que acredite el cambio solicitado de acuerdo a los datos personales a rectificar.

La respuesta a dicha solicitud, se llevará a cabo por el Responsable en un plazo no mayor a 20 días hábiles contados a partir de la fecha en que fue recibido el mismo. El Responsable podrá ampliar éste plazo hasta por 20 días hábiles más, cuando el caso lo amerite, previa notificación de esto al Titular.

La resolución adoptada por el Responsable será comunicada al Titular a través de las opciones elegidas por éste, las cuales se encuentran establecidas en la solicitud de ejercicio de Derechos ARCO.

En los casos en que el Titular desee revocar la autorización otorgada al Responsable respecto de los Datos Personales proporcionados, deberá realizar la solicitud correspondiente en los mismos términos establecidos en el presente aviso de privacidad para ejercer los derechos ARCO.

El trámite de la solicitud será gratuito, debiendo cubrir el Titular únicamente los gastos justificados de envío o con el costo de reproducción en copias u otros formatos, en las situaciones que lo ameriten.

En aquellos casos en los que se desee ejercer el derecho de Acceso a sus Datos Personales, la información solicitada será proporcionada a través del medio que Usted haya decidido en la solicitud de ejercicio de Derechos ARCO y en el supuesto en el que el Responsable no cuente con sus Datos Personales, se lo informaremos por los medios a través de los cuales realizó la solicitud. Para cualquier duda o aclaración respecto del presente proceso favor de enviar un correo al Departamento de Protección de Datos Personales a la dirección datospersonales@afirme.com.

7. Transferencia de datos.

El Responsable se compromete a cuidar el cumplimiento de todos los principios legales de protección en torno a la transferencia de sus Datos Personales. De igual forma, manifiesta su compromiso para que se respete en todo momento, el presente aviso de privacidad, por las personas físicas o morales a las que se pudiera transferir la información proporcionada, con el fin de dar el servicio adecuado y con la mejor calidad a nuestros clientes.

El Responsable podrá transferir los Datos Personales entre las propias Entidades integrantes de Afirme Grupo Financiero y todas sus empresas filiales, así como a encargados nacionales, para el cumplimiento de las finalidades establecidas en el presente aviso de privacidad y para dar a nuestros clientes el mejor servicio respecto a los productos contratados por Usted.

Las transferencias nacionales o internacionales de datos podrán llevarse a cabo sin el consentimiento del Titular, entre otros casos establecidos por la Ley, siempre que la transferencia sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común del Responsable, o una sociedad matriz o a cualquier sociedad del mismo grupo del Responsable que opere bajo los mismos procesos y políticas internas (encargados en términos de la Ley); sea necesaria en virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del Titular, por el responsable y un tercero; y cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el Responsable y el Titular.

8. Cambios al Aviso de Privacidad.

El Responsable se reserva su derecho a realizar cambios en el presente aviso de privacidad, los cuales serán dados a

conocer a través de la página www.afirme.com o aquella que la llegara a sustituir.

Asimismo, se informa al Titular que cuenta con el derecho a oponerse al tratamiento de sus Datos Personales en caso de no estar de acuerdo con las modificaciones que pudiera presentar este aviso de privacidad, para ello, deberá enviar una solicitud a la dirección de correo electrónico a que se refiere el numeral 6 del presente aviso de privacidad.

Les informamos que la autoridad competente para resolver cualquier conflicto derivado de la Ley es el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) y puedes saber más del tema en su página www.inai.org.mx.

Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados y transferidos de acuerdo al Aviso de Privacidad.
 Sí No

Consiento que mis datos personales sean tratados y transferidos de acuerdo al presente Aviso de Privacidad.
 Sí No

Consiento que mis datos personales sensibles sean transferidos de acuerdo al presente Aviso de Privacidad.
 Sí No

Consiento que mis datos personales sean tratados para fines comerciales y promocionales de acuerdo al presente Aviso de Privacidad.
 Sí No

Nombre y Firma del Contratante

ASISTENCIA FUNERARIA

ESTIMADO CLIENTE:

Bienvenido al programa de Asistencia Funeraria

Su tranquilidad y la de su familia es nuestra principal preocupación. Por ello, hemos conformado una amplia gama de servicios para apoyar a sus familiares en caso de fallecimiento.

Contratante:	
Vigencia de la póliza:	

PRODUCTO	COBERTURA DEL SERVICIO	NÚMERO DE PÓLIZA	TELÉFONOS DE ATENCIÓN
Asistencia Funeraria	24/365		

Puedes consultar tus planes contratados, tipos de protección y productos adicionales con tu ejecutivo de venta.

VIGENCIA DEL CERTIFICADO	
NOMBRE DEL ASEGURADO	
No. de Certificado	

ASISTENCIA FUNERARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Monto de cobertura: \$10,000

En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, bluassistance coordinará a través de su red de proveedores los siguientes servicios:

Incluye:

- Ataúd básico de metal
- Traslado a la agencia funeraria
- Carroza fúnebre
- Sala de velación o instalación en casa
- Cremación y urna para cenizas
- Asesoría legal telefónica

Cómo utilizar mi asistencia Funeraria:

1. Es importante mencionarle a tu familia que cuentas con este beneficio
2. Que tu familia tenga a la mano este certificado
3. Llamar al _____.
4. Otorgar datos de contacto y nombre completo
5. Otorgar los datos del beneficiario de la asistencia
6. Seguir las indicaciones del call center
7. Esperar la llegada de los servicios

IMPORTANTE:

Este Servicio está limitado únicamente para el **ASEGURADO** en caso de fallecimiento y hasta por un monto de \$10,00.00 (diez mil pesos 00/100 M.N.). Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del **ASEGURADO**.

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 01 de noviembre de 2017, con el número CNSF-S0094-0438-2017/CONDUSEF-002748-02.

No. Registro: CNSF-S0094-0438-2017/CONDUSEF-002748-02

ASISTENCIA MÉDICA

ESTIMADO CLIENTE:

Bienvenido al programa de Asistencia Médica

Creado especialmente para ti y tu familia, a partir de ahora pueden gozar de múltiples beneficios.

Contratante:	
Vigencia de la póliza:	

PRODUCTO	COBERTURA DE SERVICIO	NÚMERO DE PÓLIZA	TELÉFONOS DE ATENCIÓN
Asistencia Médica	24/365		

Consulta tu plan de protección con tu ejecutivo de venta.

VIGENCIA DEL CERTIFICADO	
NOMBRE DEL ASEGURADO	
No. de Certificado	

ASISTENCIA MÉDICA

Con tu Asistencia Médica, tú y tu familia cuentan con los siguientes beneficios:

- Asistencia médica telefónica familiar ilimitada 24/365
- Médico a domicilio sin costo 2 veces durante la vigencia del certificado
- Restitución en medicamentos hasta por \$500.00 derivado de las consultas médicas a domicilio
- Ambulancia por emergencia 1 vez durante la vigencia del certificado

Cómo utilizar mi Asistencia Médica:

1. Es importante mencionarle a tu familia que cuentas con este beneficio
2. Que tu familia tenga a la mano este certificado
3. Llamar al _____ .
4. Proporcionar datos de contacto y nombre completo
5. Otorgar los datos del beneficiario de la asistencia
6. Seguir las indicaciones del call center
7. Esperar la llegada de los servicios

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 01 de noviembre de 2017, con el número CNSF-S0094-0438-2017/CONDUSEF-002748-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0438-2017/CONDUSEF-002748-02

NÚMERO DE PÓLIZA	CONTRATANTE	VIGENCIA DE LA PÓLIZA
SUCURSAL		
TIPO DE CUENTA	No. DE CUENTA	VIGENCIA DE TARJETA
DATOS GENERALES		
NOMBRE(S) DEL ASEGURADO	APELLIDO PATRÓN	APELLIDO MATERNO
FECHA DE NACIMIENTO: (día,mes,año)	EDAD	SEXO
OCCUPACIÓN		
VIGENCIA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO CERTIFICADO DE SEGURO DESDE: / / HASTA: / /		
COBERTURAS REGLA DE SUMA ASEGURADA		
PRIMA MENSUAL A COBRO: \$ _____ EL IMPORTE EXACTO DE LA PRIMA MENSUAL Y EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA, SE LE DESCONTARÁ Y APARECERÁ EN SU ESTADO DE CUENTA.		
BENEFICIARIO(S)		
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
		REVOCABLE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ADVERTENCIA		
<p>En 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, representante 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.</p>		
IMPORTANTE:		
<p>Sólo se puede asegurar a personas de ____ a ____ de edad. Debido a requisitos de la Institución; este seguro de vida es válido hasta que el Asegurado cumpla ____ 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.</p>		
<p>¿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.</p>		
<p>AFIRME. 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, Diesel • Rescatistas • Bomberos • Electricistas que se desarrollen como linieros, en alta tensión o plataforma.</p>		
<p>¿Desarrolla Usted alguna de las ocupaciones mencionadas?: SI _____ NO _____ Asimismo, 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>		
<p>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 si fallece el Asegurado no será responsable de pagar la indemnización a los beneficiarios.</p>		
<p>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.</p> <p>"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.</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>"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."</p>		
FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO		FIRMA DEL ASEGURADO
<p>OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO DE VIDA DEUDORES Y CLIENTES SOLICITADA A SEGUROS AFIRME, S. A. DE C. V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.</p>		
<p>"Instruyo y autorizo a la institución crediticia BANCA AFIRME, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MULTIPLE, AFIRME GRUPO FINANCIERO para que con cargo a mi cuenta bancaria/tarjeta de crédito arriba señalada, realice por mi cuenta los pagos por conceptos de prima a Seguros Afirme, S. A. de C. V., respecto al contrato de seguro del cual forma parte el presente consentimiento/certificado, por el importe y en la fecha indicados conforme a la póliza".</p>		
FIRMA DEL CUENTA HABIENTE (CONSENTIMIENTO DE CARGO)		
<p>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.</p>		
<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, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de noviembre de 2017, con el número CNSF-S0094-0438-2017 / CONDUSEF-002748-02.</p>		
<p>No. de Registro: CNSF-S0094-0438-2017 / CONDUSEF-002748-02</p>		
<p>SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO Hidalgo 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México Teléfono: (81) 8318-3800 Lunes a Viernes de 8:30 a 18:00 horas y Viernes de 8:30 a 16:00 horas www.afirmeseguros.com</p>		

DATOS GENERALES

	NUMERO DE POLIZA	VIGENCIA DE LA POLIZA
Consentimiento-Certificado individual para formar parte del Seguro de Grupo de Vida "Deudores" Temporal a un Año solicitado a Seguros Afirme, S. A. de C. V., Afirme Grupo Financiero, por el grupo al que pertenezco.	NUMERO DE CERTIFICADO	VIGENCIA DEL CERTIFICADO

CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL

NOMBRE(S) DEL ASEGURADO **APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** SEXO: **M** **F**

FECHA DE NACIMIENT O	DIA	MES	AÑO	FECHA DE ALTA AL SEGURO	DIA	MES	AÑO	DETALLE DE COBERTURA(S)	
								COBERTURA(S)	SUMA ASEGUROADA
OCCUPACION O ACTIVIDAD DEL ASEGUROADO									

CUESTIONARIO DE SALUD

ESTATURA _____ Cms. **PESO** _____ Kg.

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?

2 - ¿Presenta usted alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores ó SIDA?

3.- ¿Usted está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica?

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

PREGUNTA	ENFERMEDAD, LESIONES, ESTUDIO O TRATAMIENTOS	FECHA	DURACIÓN	CONDICIÓN ACTUAL

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATER	%		DESIGNACIÓN IRREVOCABLE		
					SI	NO	
					SI	NO	
					SI	NO	

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 den 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 todo caso solo 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.

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 aseguradas dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones como las que existan en el momento de su contratación.

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

Si la Aseguradora exige 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 DEUDORES 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 Y FECHA _____ EL DIA _____ DE _____ DE _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO FIRMA DEL ASEGURADO
Este consentimiento/certificado será entregado al Asegurado por el Contratante una vez que sea firmado tanto por el propio Asegurado como

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.

En cumplimiento a lo dispuesto por 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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de noviembre de 2017, con el número CNSF-S0094-0438-2017 /

No. de Registro: CNSE-S0004-0428-2017 / CONDUSEF-002748-02