



**SOLICITUD DE SEGURO DE
VIDA INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR**
NO. DE SOLICITUD
ID AFIRME

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

Lugar y Fecha:					
DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno, o Razón Social			R.F.C.		C.U.R.P.
Domicilio (Calle y Número)		Colonia		Ciudad	
Estado	C.P.	Teléfono		Correo electrónico	
DATOS DEL TITULAR					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno			R.F.C.		C.U.R.P.
Domicilio (Calle y Número)		Colonia		Ciudad	
Estado	C.P.	Teléfono		Correo electrónico	
Ocupación y detalle de actividad:					
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Lugar de Nacimiento	Fumador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estatura	Peso	Estado Civil
Forma de Pago					
COBERTURAS				SUMA ASEGURADA	
MEDIOS PARA PAGO DE PRIMA					
Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.					
Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.					
CONSECUENCIA OMISIÓN PAGO DE PRIMA					
El Contratante/ Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o fracción de la misma, contados a partir de su vencimiento.					
Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.					
BENEFICIARIOS DEL TITULAR					
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno			Parentesco		Porcentaje
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.

El Asegurado tiene la opción en todo momento de solicitar la modificación de los Beneficiarios enunciados en este apartado, lo que deberá notificar por escrito a la Institución, indicando el nombre y porcentaje correspondiente.

CUESTIONARIO MÉDICO DEL TITULAR (en caso de afirmativo amplíe información y especifique padecimiento)

1. ¿Ha presentado algún(as) afección(es) del corazón, accidentes cerebrovasculares, del sistema circulatorio (ejemplo hipertensión arterial), vías respiratorias, el aparato digestivo, el aparato reproductor o las vías urinarias?
2. ¿Presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, otro tipo de afección maligna, crónica, ¿SIDA, o enfermedad terminal?
3. ¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica?
4. ¿Realiza la práctica profesional de algún deporte(s)? ¿Cuáles?
5. En caso de que la Compañía de Seguros necesite solicitar información, acepto entregarla para darle continuidad al trámite.
6. ¿Es personal de Seguridad Pública o Privada, Policías, Personal de Tránsito, Protección Civil y de Personal de Rescate, todos ellos con o sin porte de arma?
7. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades: alpinismo, buceo, esquí, box, lucha, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, cualquier tipo de pruebas, contiendas de velocidad, automovilismo y en general? SI o No ¿Cuáles?
8. ¿Es usted piloto profesional de auto o de avión?

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

AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

¿Desea recibir la documentación contractual relacionada con la Póliza o su respectiva renovación (carátula, condiciones generales y en su caso condiciones especiales) en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través de la dirección de correo electrónico arriba indicada?	SI <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.

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 Servicios Financieros (CONDUSEF): Av. Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, D.F., Teléfono (55) 53400999, 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 (CNSF), a partir del día 18 de agosto de 2022, con el número CNSF-S0094-0376-2022/ CONDUSEF-005519-01.

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.afirmesequros.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.