



SOLICITUD INDIVIDUAL DE
SEGURO DE VIDA INVIDUAL COVID-19
NO. DE SOLICITUD
IDENTIFICADOR AFIRME

El solicitante deberá 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	
Suma Asegurada	Forma de Pago	Plan:	
COBERTURAS			
BENEFICIARIOS DEL TITULAR			
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno		Parentesco	Porcentaje
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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.			
RECLAMANTE SUSTITUTO – Nombre completo			

CUESTIONARIO MÉDICO DEL TITULAR

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? **Sí** **No**

En caso de afirmativo indicar cuál(es):

2. ¿Presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, otro tipo de afección maligna, crónica, ¿SIDA, o enfermedad terminal? **Sí** **No**

En caso de afirmativo indicar cuál(es):

3. ¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica? **Sí** **No**

En caso de afirmativo favor indicar tratamiento o intervención quirúrgica.

4. ¿Realiza algún deporte(s)? **Sí** **No**

En caso de afirmativo indicar cuál(es):

5. En caso de que la Compañía de Seguros necesite solicitar información, acepto entregarla para darle continuidad al trámite. **Sí** **No**

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

NO

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.

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 SOLICITANTE

DATOS DEL AGENTE

CLAVE	NOMBRE	%	COMISIÓN NIVELADA
		Si	
		No	

Advertencia: Este producto cuenta con exclusiones y limitantes, consúltelas en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en www.afirmeseguros.com

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx, página www.condusef.gob.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de julio de 2024, con el número CNSF-S0094-0272-2024 / CONDUSEF-006513-01.”

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

ARTÍCULOS MENCIONADOS
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 7º.- 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 8º.- 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.

COPIA SIN VALOR