



SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO
VIDA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE AFIRME

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:
----------------	---------------	-------

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

RECLAMANTE SUSTITUTO – Nombre completo

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.

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.

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 11 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0237-2025/CONDUSEF-006917-02.”

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.