



CARÁTULA DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Póliza:	
Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
Forma de Pago	Moneda

Producto	Línea de Negocio
----------	------------------

CONTRATANTE	
-------------	--

ASEGURADO TITULAR	
-------------------	--

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:		R.F.C.	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	GÉNERO:	

Beneficio(s)	Suma Asegurada Inicial	Fecha Efectividad	Periodo (años) Cobertura de Pagos	Prima Inicial

Para la cobertura de Hospitalización por cualquier Causa, la Institución pagará la renta diaria contratada indicada en el apartado anterior, siempre y cuando dicha Hospitalización tenga una duración mayor al Periodo de Carencia. Periodo de Carencia: No aplica en caso de hospitalización por Accidente y en caso de Hospitalización por Enfermedad aplica un periodo de ____ días.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Advertencia: 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.

Nombre(s)	Porcentaje	Parentesco

Reclamante Sustituto – Nombre completo
--

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

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 10 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0094-0236-2025/ CONDUSEF-006916-02

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, Viernes de 8:30 a 16:00 horas www.afirmeseguros.com Sinistros: 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 ____ de ____.