

CONTRATANTE (solo llenar si es diferente al Solicitante)

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s) o Razón Social:

R.F.C.

Relación con el Solicitante:

Correo Electrónico:

SOLICITANTE

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):

R.F.C.

Relación con el Solicitante:

Correo Electrónico:

DATOS PERSONALES

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento (día, mes, año):

C.U.R.P.

Sexo:

Estado Civil:

 Masculino: Femenino:

 Soltero: Casado: Concubinato:

Domicilio (Calle y Número):

Colonia:

Código Postal:

Población:

Estado:

Teléfono Particular (con clave lada):

Teléfono de Empleo:

Celular:

SEGURO BÁSICO SOLICITADO

Tipo de plan:

Vigencia:

Plazo:

Periodo de pago:

Moneda:

Suma Asegurada:

Incremento:

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.

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre(s):

Parentesco:

%:

DATOS DEL AGENTE

CLAVE:	NOMBRE:	%:	Comisión Nivelada:
			Sí
			No

INFORMACIÓN DE OCUPACIÓN

Nombre de la empresa:			
Giro:	Población y Estado:	Detalle de ocupación:	
Lugar de trabajo:		Especifique:	
Oficina: <input type="checkbox"/>	Fábrica: <input type="checkbox"/>	Taller: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
Ingresos anuales del Solicitante:		Ingresos anuales del Contratante:	

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usa armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Trabaja con o en lugares donde se emplea fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos o tóxicos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Maneja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su ocupación requiere conducir algún tipo de vehículo? (excluir de uso particular) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Realiza actividades en techos, azoteas o en alturas peligrosas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Realiza actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

En caso de afirmativo, amplie información anotando el número de pregunta y especifique padecimiento.

AVIACIÓN, DEPORTES, Y /O AFINACIONES (deberá llenarse en todos los casos). En caso de respuesta afirmativa debe requisitarse el cuestionario especial correspondiente.

Deportes o aficiones que practica o haya practicado	¿Desea cubrir el riesgo?	Deportes o aficiones que practica o haya practicado	¿Desea cubrir el riesgo?
Carreras de autos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Charrería o equitación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alpinismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Buceo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de motocicletas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiro al blanco o cacería	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motonática o ski acuático	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es o ha sido piloto aviador	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Artes marciales, box o lucha	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Algún otro (especifique)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paracaidismo, ala delta o planeador	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

CUESTIONARIO GENERAL Y HÁBITOS

Estatura(mts):	Peso(kgs):	¿Ha variado de peso en el último año?:	Kgs. de aumento:	Kgs. de disminución:	Causa:
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Nombre del médico que acostumbra consultar:

Domicilio y teléfono de su médico:

Actualmente fuma:	Cantidad diaria:	No fuma	Si ha dejado de fumar indique ¿En qué fecha dejó de fumar?
Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

¿Durante cuánto tiempo fumó?:	¿Hace uso de bebidas alcohólicas?:	¿De qué tipo?:	Frecuencia:	Cantidad:
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

HISTORIAL FAMILIAR

¿Han padecido sus padres o hermanos?:

Insuficiencia renal Diabetes Cáncer Epilepsia Afecciones cardíacas Hipertensión arterial Demencia

En caso de antecedente familiar, favor de detallar lo siguiente:

Parentesco:	Estado de salud actual:	Edad actual o al fallecer:	Causa de muerte:
Padre:			
Madre:			
Hermano(a):			
Hermano(a):			
Hermano(a):			

CUESTIONARIO MÉDICO

1. ¿Padece alguna enfermedad o afección? Sí No
2. ¿Está sujeto a algún tratamiento? Sí No
3. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? Sí No
4. ¿Le falta algún miembro, o parte de él? Sí No
5. ¿Sufre alguna deformidad? Sí No
6. ¿Sufre algún defecto de la vista? Sí No
7. ¿Sufre algún defecto auditivo? Sí No
8. ¿Ha consultado al médico por infecciones de transmisión sexual? Sí No
9. ¿Ha recibido transfusión de sangre o derivados en los últimos 5 años? Sí No
10. ¿Se le han practicado electrocardiogramas? Sí No
11. ¿Se le han practicado pruebas de laboratorio para diagnosticar enfermedades específicas como diabetes, SIDA, etc.? Sí No

12. ¿Se le ha intervenido quirúrgicamente? Sí No
13. ¿Ha consultado al médico en los últimos 2 años? Sí No
14. ¿Ha sido internado en algún hospital para diagnóstico o tratamiento? Sí No
15. ¿Consume o ha consumido marihuana, cocaína, anfetaminas u otras similares? Sí No
16. Si es mujer- ¿Se encuentra embarazada?, si es el caso indique los meses () Sí No

En caso de afirmativo, amplie información anotando el número de pregunta y especifique padecimiento.

OTROS SEGUROS DE VIDA

- | ¿Está asegurado?: | ¿En qué compañía?: | Número de póliza: | Suma Asegurada: |
|---|--------------------|-------------------|-----------------|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
- ¿Le ha sido rechazada extraprima o aplazada alguna solicitud de seguro de vida?:
- Sí No

En caso de afirmativo, favor de detallar.

REFERENCIAS DEL CONTRATANTE

(Datos de tres personas (no familiares), que le conozcan. Si es persona moral, dar referencias del Solicitante)

- | Nombre: | Domicilio: | Teléfono: |
|---------|------------|-----------|
| | | |

NOTA IMPORTANTE (debe leerlo antes de firmar)

Se previene al Contratante y al Solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la omisión o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida de derechos del asegurado del beneficiario en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efectos de esta solicitud, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a someterme a un exámen médico por cuenta de la Institución, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos y/o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido para que coadyuven a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, con todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad por el secreto profesional. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado pólizas para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud.

Si la póliza de seguros que se está contratando por medio de esta solicitud, se encuentra dentro de las condiciones a que se refieren las distintas disposiciones de carácter fiscal para efectos de deducibilidad o acreditamiento de impuestos, y el Contratante desee sujetarse a los que se indican dichos ordenamientos, deberá proporcionar su clave de Registro Federal de Contribuyentes, anexando a la presente para tal efecto copia de la Cédula de Identificación Fiscal, o de su aviso de inscripción a ese registro.

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas al presente cuestionario las he dado personalmente, que son verídicas y están completas, y convengo en que todas las declaraciones y respuestas que aparezcan en esta solicitud se consideran como necesarias al contrato de seguro solicitado, y constituyen la base sobre la que se celebre dicho contrato.

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.

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.

Firma del Solicitante
(Para menores de edad
su representante legal)

Firma del Contratante
(sólo si es diferente del Solicitante)

Lugar y Fecha

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.

No. Registro: CNSF-S0094-0355-2005/CONDUSEF-003385-01

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 27 de Junio de 2005 , con el número CNSF-S0094-0355-2005/CONDUSEF-003385-01.

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

Av. 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