

Número de Póliza	Forma de Pago	Número de Cliente	Vigencia	Seguro de Vida Individual “Seguro Migrantes Afirme”
DATOS GENERALES DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno
Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación	Parentesco con el Migrante Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>
País de Nacimiento	Entidad federativa de Nacimiento		Nacionalidad	
Calle y Número	Colonia		Municipio/ Delegación	
Código Postal	Entidad Federativa		Registro Federal de Contribuyentes	
Correo electrónico	Teléfono		CURP	
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella)				
¿Actúa por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de negativo, mencione el nombre por el que actúa:		¿Cuenta con acto jurídico para la representación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DATOS DEL MIGRANTE				
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno
Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación	
Domicilio Calle y Número		Colonia		Municipio/ Delegación
Código Postal	Estado		País	
COBERTURA				
SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO \$ _____				
<p>Al ser éste un seguro recíproco, solo se indemnizará por el fallecimiento de uno de los Asegurados (Asegurado Titular o Migrante); en consecuencia, con el pago de la suma asegurada y la prestación de los servicios de asistencia que correspondan al ocurrir la muerte de cualquiera de los Asegurados, quedará cancelada la póliza.</p> <p>SERVICIOS DE ASISTENCIA MIGRANTES:</p> <p>En caso de fallecimiento del Migrante dentro del Territorio de los Estados Unidos de América, Hawái, Puerto Rico, Canadá y Alaska, y una vez transcurrido un periodo de espera de 45 días contados desde el inicio de vigencia del seguro, se otorgará el servicio de repatriación hasta servicios funerarios, de conformidad con las condiciones generales de la póliza.</p> <p>Si el Asegurado Titular fallece dentro de la República Mexicana, se prestarán los servicios funerarios descritos en las condiciones generales de la póliza.</p> <p>En caso de que el Asegurado Titular y el Migrante fallecieran simultáneamente, el servicio de asistencia que se brindará será el correspondiente al Migrante.</p>				

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el importe de la suma asegurada se pagará al Migrante, y a falta de este, se pagará a la sucesión legítima del Asegurado Titular.

En caso de fallecimiento del Migrante, el importe de la suma asegurada se pagará al Asegurado Titular, y a falta de este, se pagará a la sucesión legítima del Migrante.

En caso de que los asegurados fallezcan simultáneamente, el importe de la suma asegurada se pagará a la sucesión legítima del Asegurado Titular.

ADVERTENCIA

Sólo se aceptan personas de 18 a 75 años de edad.

Debido a requisitos de la Institución, este seguro es válido hasta que la persona cumpla 76 años de edad, y tenga vigente el seguro.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el fallecimiento del Asegurado Titular y del Migrante si este ocurre a consecuencia de Suicidio dentro de los primeros dos años de vigencia de la póliza.

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.

Firma del Asegurado
Titular

Firma del Funcionario

Lugar y Fecha

Autorizado

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

Si requiere alguno de los servicios de ASISTENCIA FUNERARIA comuníquese al teléfono +52 (55) 5212 0629

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

No. de Registro: CNSF-S0094-0090-2021/ CONDUSEF-004776-05

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 30 de mayo de 2023, con el número CNSF-S0094-0090-2021/ CONDUSEF-004776-05.

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

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.