

ALTERNATIVAS DE INVERSIÓN		
Fondo de supervivencia (93 LISR**)	Prima Inicial	
	Monto	%

Se previene al Asegurado que el rendimiento generado por las Alternativas de Inversión puede ser negativo, lo cual, en caso de Retiros parciales, rescate o fallecimiento del Asegurado, se vería reflejado como una reducción al valor de su Reserva. Se recomienda al Asegurado no invertir en estos productos más del 30% de patrimonio familiar.

** Ley del Impuesto Sobre la Renta

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Declaro para todos los efectos legales que haya lugar que:

- Recibí y he verificado que los datos asentados en la Solicitud son correctos, manifiesto que dichos datos son verídicos y fueron proporcionados durante una entrevista personal con el Funcionario Bancario o Agente; igualmente declaro que el origen de los recursos con los que contraté mi seguro son de origen lícito.

De igual manera autorizo expresamente a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, a solicitar y compartir la información contenida en este documento, así como la contenida en cualquier otro que permita mi identificación y la integración de mi expediente con _____.

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Instruyo y autorizo a la Institución Crediticia designada en el portal de pago de **Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.**, para que con cargo a mi(s) cuenta(s) bancaria(s) especificada(s), realice por mi cuenta el pago por concepto de prima a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, en adelante La Compañía, respecto al contrato de Seguro en caso de que la presente Solicitud se concrete en un Contrato de Seguro por el plazo, importe y en la fecha que se indique.

Asimismo, acepto que el Banco no será responsable si por alguna causa imputable al Asegurado, no es posible realizar el cargo del pago de la prima o cualquier aportación, así como en el caso de que la tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques estuviera bloqueadas, por lo que libero al Banco de toda responsabilidad relacionada con el Contrato de Seguro y de las acciones que en mi contra pudiera ejercitar La Compañía con base en el Contrato o la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que expresamente se hace constar que el Banco se limitará a cubrir el importe que aparezca en los comprobantes que deba pagar por cuenta del Asegurado, por lo que en caso de ser necesario la interposición de acciones o recursos por la aclaración o reclamación ante La Compañía, no estará el Banco obligado a efectuarlas.

El Banco tampoco será responsable si La Compañía no entrega los comprobantes de pago de prima. Asimismo el Banco tendrá absoluta libertad de cancelar este servicio si en mi cuenta no existieran fondos para cubrir uno o mas de los pagos que requiera La Compañía o bien si esta estuviese bloqueada por algún motivo, casos en los cuales será mi exclusiva responsabilidad de notificárselo por escrito a La Compañía obligándome a realizar el pago por otro medio, y, en caso de no hacerlo, se aplicará lo previsto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

Advertencia: En el caso de que se 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) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	

Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			

ADVERTENCIA

Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración, omisión o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) Beneficiario(s) en su caso, de conformidad con lo previsto en los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

AVISO DE PRIVACIDAD

Declaro bajo protesta de decir verdad que previamente al llenado de la solicitud, se me ha informado que el Aviso de Privacidad de Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V. se encuentra publicado en la pagina www.zurich.com.mx para consultas posteriores.

ACEPTACIÓN

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por La Compañía, ni de que, en caso de aceptarse, ésta concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

CONOCIMIENTO DE MANEJO DE DATOS

Autorizo a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. DE C.V., para tratar en su caso, transferir mis datos personales incluidos los patrimoniales o financieros y los sensibles, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, celebre, así como para los previstos en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y entiendo por haber sido previamente puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a sus disposición el referido Aviso de Privacidad.

DECLARATIVA DEL CONTRATANTE

i. ¿Actúa a nombre y por cuenta propia?	SI ()	NO ()
En caso negativo indicar la siguiente información de la persona por la que actúa:		

		DD/MM/AAAA	
Nombre completo o Razón social		Fecha de Nacimiento	
ii. Mencione si usted, su cónyuge, concubinario o pariente por consanguinidad afinado hasta el segundo grado es un PEP ¹ nacional o extranjero.		SI ()	NO ()
En caso afirmativo indicar la siguiente información de la persona que señala como PEP ¹ :			
		DD/MM/AAAA	
Nombre completo		Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad:	Cargo o Puesto:	Parentesco (en su caso):	
En caso de ser PEP ¹ extranjero señalar nombre del cónyuge o dependiente económico:			
<p>¹PEP: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos. Se asimilan a las Personas Políticamente Expuestas, el cónyuge y las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como los asociados cercanos de la Persona Políticamente Expuesta. Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo se encuentra en www.zurich.com.mx</p>			

SEGUROS

Cuenta con otro(s) seguro(s) de vida:	Compañía:	Suma Asegurada:
¿Alguna vez le han rechazado, extraprimado, pospuesto o le han impuesto condiciones especiales para alguna cobertura de seguro de vida?		
Favor de ampliar información:		
¿Está solicitando otro seguro?	Compañía:	Suma Asegurada:
Fuentes de ingresos percibidos durante los últimos 2 años:		

Los datos anteriores fueron proporcionados en entrevista con el Solicitante

DECLARACIÓN DEL AGENTE:

Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada por el Solicitante, la cual es la correcta, verdadera y actualizada a esta fecha. Para los efectos legales a que haya lugar, este documento será considerado como una entrevista. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la reglamentación respectiva y el Aviso de Privacidad que está a su disposición en la página de Internet: www.zurich.com.mx

Asimismo declaro que me identifique plenamente ante el Solicitante con mi nombre, tipo de autorización, número y vigencia de mi cédula e informé del alcance real de la cobertura y forma de conservarla o darla por terminada, de manera amplia y detallada.

DATOS DEL AGENTE

Nombre:	
Tipo de Autorización:	Clave de agente:

Número de Cédula:	Vigencia de Cédula: dd/mm/aaaa
Domicilio donde realiza sus actividades:	
Correo electrónico:	
Firma del Agente	

Las preguntas contenidas en el siguiente cuestionario, deben ser contestadas **UNICAMENTE Y EN SU TOTALIDAD** por el Solicitante.

IMPORTANTE: En caso de respuestas afirmativas se deberá proporcionar mayor información en la sección correspondiente:

DATOS DEL ASEGURADO

Estatura:	Peso:
-----------	-------

CUESTIONARIO DE SALUD

	SI	NO
¿Consume alcohol (en caso afirmativo especificar tipo, cantidad y frecuencia)?		
En los últimos 2 años ¿ha consumido tabaco (cigarro, puro, vapeadores, masticado, etc.)?		
¿Practica algún deporte o afición peligrosa (en caso afirmativo favor de especificar)? <i>En caso afirmativo es necesario responder el cuestionario correspondiente.</i>		
¿Ha consumido drogas o estimulantes en los últimos 2 años?		
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica (como diabetes, hipertensión, padecimiento cardiaco, renal, pulmonar, etc.)?		
¿Está actualmente en tratamiento médico o padece alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?		
Favor de ampliar respuestas afirmativas		

FORMA DE ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTE SEGURO

Autorizo a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, a entregarme toda la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro al correo electrónico ya indicado el cual manifiesto que es mi correo personal.

Si () No ()

FORMATO DE AUTOCERTIFICACIÓN FATCA/CRS

Entiendo que esta solicitud no esta completa si no presento con esta misma fecha, debidamente llenado el **Formato de Autocertificación FATCA/CRS** que me proporciona La Compañía.

Yo, por mi propio derecho, _____ proporciono todos los datos a La Compañía a fin de que analice mi Solicitud de Seguro.

Lugar y fecha:	
Nombre y firma del Contratante	Firma del Solicitante

--	--

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 y viernes de 9:00 a 14:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur No. 762, Col. del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos: 55 5340 0999 y 800 999 8080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Abreviaturas

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

C.U.R.P.: Clave Única de Registro de Población

R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes

Fecha de Nac.: Hace referencia a la fecha de nacimiento

UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios

INE: Instituto Nacional Electoral

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 24 de abril de 2026 con el número CNSF-S0037-0032-2026/CONDUSEF-007047-03.