

SOLICITUD DE SEGURO GASTOS MÉDICOS COLECTIVO



Este documento sólo constituye una solicitud y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En mi carácter de contratante, solicito la celebración de un contrato de seguro para lo cual hago las siguientes declaraciones:

Plan:	
Operación:	

Datos del contratante			
Nombre o razón social:			
RFC:		Giro de la empresa	

Domicilio del contratante			
Calle y número			
Colonia:		Delegación o municipio	
Estado:		C.P.:	
Teléfonos:		Correo electrónico:	

Datos de la colectividad			
Descripción de la colectividad a asegurar:			
Actividad de la colectividad asegurable			
Relación con el contratante:			
% Participación de los integrantes de la colectividad en el pago de la prima			
Regla de suma asegurada:			
Edades de aceptación:			
Número de personas que forman la empresa			
Número y sexo de las personas que integran la colectividad			
Moneda:			
Inicio de vigencia:		Fin de vigencia:	
Plazo del seguro:		Forma de pago:	

¿Este seguro sirve para garantizar prestaciones u obligaciones laborales a cargo del contratante?

¿Existe la posibilidad que, derivado directamente de la actividad de los asegurados, ocurra un siniestro que afecte de manera simultánea a varios de los integrantes de la colectividad?

¿Por qué?

Si	No
Si	No

Coberturas

Importante: Este producto tiene exclusiones y limitaciones, consulte las condiciones generales del mismo en _____.

Envío DIGITAL en formato PDF de documentación contractual del seguro.	Si	No
Correo electrónico de recepción		

Unidad Especializada para Consultas y Reclamaciones de Zurich México: ubicada en Tereo Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390. Teléfono 55 5284 1103 o al correo electrónico: unidad.especializada@mx.zurich.com horario de atención lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 17:45 Hrs.

Para todos los efectos legales que puede tener esta solicitud, declaro que toda la información contenida en la misma es verídica y está completa, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente, constituyen la base del contrato del seguro.

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

Firma del representante legal del contratante

Nombre del agente (Para aspectos internos de Zurich México)	Clave	Firma

“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, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de agosto del 2022, con el número CNSF-S0037-0225-2022 / CONDUSEF-005420-03.”



Condiciones Generales

Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

"La(s) cobertura(s) del seguro están sujetas a las EXCLUSIONES y LIMITACIONES establecidas en las Condiciones Generales que pueden ser consultadas en www.zam.zurich.com.mx"

"Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra **Unidad Especializada**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390, con horario de atención de Lunes a jueves: 08:00 a 14:00 y 15:00 a 17:45 horas y Viernes: 08:00 a 15:30 horas. Correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com y teléfonos 55 52 84 11 03 y 800 0800 009"

"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, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de agosto del 2022, con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-03."