

DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre(s)			Apellido Paterno	Apellido Materno	DD/MM/AAAA Fecha de Nac.
R.F.C:	C.U.R.P.:	Nacionalidad:	Sexo:	Estado Civil:	
Domicilio de residencia actual: (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)					
Domicilio en el extranjero (en caso de que aplique): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)					
País de Nacimiento:		Entidad Federativa de Nac.:		Clave de elector (Solo INE):	
Tipo de identificación:		Número de identificación:		Emisor de identificación:	
Número de identificación fiscal válido en el país: (solo extranjeros)		Teléfono:		Correo Electrónico:	
Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)		Ocupación/Profesión:		Ingresos anuales netos: (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros)	
Origen del Patrimonio:					
Describa brevemente la actividad que realiza, medios y materiales utilizados para su labor:					

DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre(s)			Apellido Paterno	Apellido Materno	DD/MM/AAAA Fecha de Nac.
R.F.C:	C.U.R.P.:	Nacionalidad:	Sexo:	Estado Civil:	
Domicilio de residencia actual: (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)					
Domicilio en el extranjero (en caso de que aplique): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)					
País de Nacimiento:		Entidad Federativa de Nac.:		Clave de elector (Solo INE):	
Tipo de identificación:		Número de identificación:		Emisor de identificación:	
Número de identificación fiscal válido en el país: (solo extranjeros)		Teléfono:		Correo Electrónico:	

Solicitud de Seguro
Vida Ahorro Garantizado



Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)	Ocupación/Profesión:
Describa brevemente la actividad que realiza, medios y materiales utilizados para su labor:	

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	
Fallecimiento y Supervivencia	Incluida
Muerte Accidental	
Pérdidas Orgánicas por Accidente	
Pago Único por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	
Suma Asegurada:	
Moneda solicitada:	
Plazo solicitado:	
Frecuencia de pago:	

DECLARATIVA DEL CONTRATANTE					
i. ¿Actúa a nombre y por cuenta propia?			SÍ () NO ()		
En caso negativo indicar la siguiente información de la persona por la que actúa:					
Nombre completo o Razón social			DD/MM/AAAA 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.			SÍ () NO ()		
En caso afirmativo indicar la siguiente información de la persona que señala como PEP ¹ :					
Nombre completo			DD/MM/AAAA 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:					
PEP ¹ : 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					
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.					

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:	
DATOS DEL SOLICITANTE			
Estatura:	Peso:		
CUESTIONARIO DE SALUD		SÍ	NO
¿Consume alcohol (en caso afirmativo especificar tipo, cantidad y frecuencia)?			
En los últimos 2 años ¿ha consumido tabaco (cigarro, puro, vapeadores, masticado, etc.)?			
¿Hace uso de aviación privada o ha recibido capacitación para piloto?			
¿Ha consumido drogas o estimulantes?			
¿Practica algún deporte o afición peligrosa (en caso afirmativo, favor de especificar)? En caso afirmativo es necesario responder el cuestionario correspondiente.			
¿Alguna vez le han rechazado, extraprimado, pospuesto o le han impuesto condiciones especiales para alguna cobertura de seguro de vida?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad cardiovascular (como hipertensión, infarto, insuficiencia cardiaca, arritmia, cerebrovascular, etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad metabólica (como diabetes, dislipidemia, hipo/hipertiroidismo, paratiroides etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad pulmonar (como EPOC, enfisema, asma, neumonía , etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad hepática o digestiva (como hígado graso, cirrosis, hepatitis, reflujo, gastritis, colitis , Crohn, pólipos, divertículos etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad renal (como quistes, insuficiencia, litiasis, etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con algún tumor o cáncer?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad neurológica o del estado de ánimo (como epilepsia, convulsiones, depresión, ansiedad , etc.)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad inmunológica (como artritis, Lupus, esclerosis múltiple, miastenia, etc .)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad infecciosa (como VIH, Covid-19 moderado o grave, Tuberculosis, hepatitis viral [b,c,d o e], etc .)?			
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad ósea, muscular o articular, como gota, dislocaciones, dolor de espalda o cuello, osteoporosis?			
¿Ha tenido alguna hospitalización o realizado estudios médicos o cirugía en los últimos 5 años con duración mayor a 30 días, que haya dejado secuelas, continúe en tratamiento o tenga pendiente atención?			
¿Padece alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?			
Favor de ampliar respuestas afirmativas (indicar el detalle del padecimiento, año de diagnóstico, estado actual de salud, entre otros).			

Si la Suma Asegurada es mayor a 8 millones de pesos, favor de llenar la siguiente información:

CUESTIONARIO FINANCIERO	Último año	Año anterior
Salario		
Bonos		
Comisiones		
Intereses		
Utilidades		
Rentas		
Otros: _____		
Otros: _____		
Ingresos Anuales Totales:		

ACTIVO Y PASIVO			
Activo		Pasivo	
Bienes raíces		Hipoteca	
Efectos personales		Préstamos	
Vehículo		Cuentas por pagar	
Ahorros		Préstamo comercial (sus acciones)	
Efectivo		Otros: _____	
Acciones		Otros: _____	
Otros: _____		Otros: _____	
Activo Total:		Pasivo total:	
		Activo Neto:	

Los datos anteriores fueron proporcionados en entrevista con el Solicitante.

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.			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
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)			

			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
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)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
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)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
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)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
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)			

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

Solicitud de Seguro Vida Ahorro Garantizado



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:

AUTORIZACIÓN DE CARGO RECURRENTE	
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 fracción de ella 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.	
Banco:	Forma de pago:
Nombre(s) o Razón social del titular de la cuenta:	
Correo electrónico:	Firma del Titular de la cuenta:

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 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.

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.

Sí () 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 todo los datos
a La Compañía a fin de que analice mi Solicitud de Seguro.

Lugar y fecha:

Nombre y firma del Contratante

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 Tereo 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, Alcaldía Benito Juárez, 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

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

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 03 de marzo de 2026 con el número CNSF-S0037-0085-2026/CONDUSEF-007039-04.