

## Solicitud General de Seguro de Vida Grupo



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: |  | Nacionalidad         | Fecha de Constitución Folio Mercantil |
| RFC:                   |  | Giro de la empresa   | No. de Certificado FIEL*              |
| Calle y numero         |  | Alcaldía o municipio | Estado:                               |
| Colonia:               |  | Teléfonos            | Correo Electrónico:                   |
| C.P.:                  |  |                      |                                       |

\* Firma Electrónica Avanzada

### Datos del grupo

|   |  |                  |  |
|---|--|------------------|--|
| Descripción del grupo a asegurar:                                   |  |                  |  |
| Actividad del grupo asegurable                                      |  |                  |  |
| Relación con el contratante:  |  |                  |  |
| Nacionalidad  |  |                  |  |
| % Participación de los integrantes del grupo en el pago de la prima |  |                  |  |
| Regla de suma asegurada:  |  |                  |  |
| Participación de utilidades:  |  |                  |  |
| Edades de aceptación:   |  |                  |  |
| Número de personas que forman la empresa                            |  |                  |  |
| Número y sexo de las personas que integran el grupo                 |  |                  |  |
| 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?

Si No

¿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 del grupo?

Si No

¿Por qué?

### Coberturas

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 \_\_\_\_\_

Nombre y nacionalidad del administrador o apoderado:

Es usted PEP\* o guarda relación por parentesco o consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con un PEP

SI ( ) NO ( )

## Solicitud General de Seguro de Vida Grupo

En caso de PEP extranjero señalar nombre del Cónyuge y Dependientes económicos:

En caso de guardar relación con algún PEP señale nombre y cargo:

\*PEP: Persona Políticamente Expuesta

Firma del representante legal del contratante

**En caso de clasificarse como cliente de alto riesgo, deberá indicarse, nombre, nacionalidad y porcentaje de los principales accionistas:**

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

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguros 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.**

**Le sugerimos consultar las COBERTURAS, EXCLUSIONES y RESTRICCIONES del seguro que se encuentran disponibles en [www.zurich.com.mx/regulaciones](http://www.zurich.com.mx/regulaciones)**

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](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**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 16 de diciembre de 2025 con el número CNSF-S0037-0272-2025/CONDUSEF-006955-04.**