

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, 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 | | | | Moneda |
| 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 del grupo | | | |
| Descripción del grupo a asegurar | | | |
| Actividad del grupo asegurable | | | |
| Relación con el contratante | | | |
| % Participación de los integrantes del grupo en el pago de la prima | | | |
| Regla de suma asegurada | | | |
| Participación de utilidades | | | |
| Edades de aceptación | | | |
| Número y sexo de las personas que integran el grupo | | | |
| Número de personas que forman la empresa | | | |
| 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? Sí () 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? Sí () 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 _____

Firma del representante legal del contratante

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

"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 20 de julio de 2022, con el número CNSF-S0037-0227-2022/CONDUSEF-005412-02."