

Solicitud General de Seguro de Vida Grupo Plus



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:	No. de Certificado FIEL*:
Calle y número			
Colonia:		Alcaldía o municipio:	Estado:
C.P.:		Teléfonos:	Correo Electrónico:

* 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
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?

¿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 ()

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 invitamos a consultar las Condiciones Generales de este seguro, en las mismas podrá conocer las Coberturas, Exclusiones y Restricciones de este, de igual forma las podrá consultar en la página web 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, correo electrónico: 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 17 de febrero de 2026 con el número CNSF-S0037-0313-2025/CONDUSEF-006991-03.

Cuestionario de Salud

Datos del solicitante

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

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

Día | Mes | Año

¿Padeció y/o padece alguna de las siguientes enfermedades?

SI

NO

1. En los últimos 2 (dos) años, ¿ha estado hospitalizado más de 30 días, ha recibido tratamiento durante más de 14 días consecutivos, se ha sometido a alguna cirugía mayor o se ha sometido a alguna investigación (estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsias, excepto check up)? **Responda excluyendo condiciones médicas controladas** como hipertensión, tiroides, gota, asma, embarazo, entre otras.
2. ¿Ha estado incapacitado por más de 14 días consecutivos o se encuentra actualmente incapacitado (excepto por padecimientos osteomusculares)?
3. ¿Ha sido diagnosticado, tratado o sometido a cirugía por alguno de los siguientes: **Cáncer o tumor (incluyendo leucemia), enfermedad cardíaca (incluyendo angina de pecho), accidente cerebrovascular o trastorno neurológico; VIH o SIDA; diabetes o intolerancia a la glucosa (IGT); enfermedad renal; hepatitis B o C, fibrosis o cirrosis hepática; enfermedad pulmonar crónica; alcoholismo o drogadicción?**
4. ¿Tiene previsto algún ingreso hospitalario, cirugía o estudio de laboratorio/gabinete (excepto check up)?

En caso de respuesta afirmativa especificar respuesta:

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes que tenga referencia este cuestionario como los conozca o deba conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto si fuera necesario, a practicarme un examen médico por cuenta de **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.** si lo estima conveniente. Además, autorizo a los médicos o personas que me hayan examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.** todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores.

Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcionen los datos mencionados a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento que **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.** lo considere oportuno.

Nombre y firma del Asegurado	Lugar y fecha

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

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 17 de febrero de 2026 con el número CNSF-S0037-0313-2025/CONDUSEF-006991-03.