

6.2 Solicitud general Seguro de Vida Grupo



Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, C.P. 53390, Estado de México.
Ciudad de México. Tel.: 55 5284-1103 y 800 0080 009 Hoja 1 de 1

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.

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 número			
Colonia:		Delegación 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?

¿Existe la posibilidad de 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?

Si	No
Si	No

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



ZURICH

Condiciones generales
Seguro de Gastos Funerarios Grupo

"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 16 de Mayo de 2022, con el número CNSF-S0037-0223-2022 y CONDUSEF-005409-01.