

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



DATOS DEL CONTRATANTE

1. DATOS GENERALES

Persona Física Persona Moral

Nombre o Razón Social:

R.F.C:

Correo electrónico:

Código Postal:

Calle o Avenida:

Número exterior:

Número Interior:

Colonia:

Alcaldía o Municipio:

Ciudad o Población:

Entidad Federativa:

Teléfono de contacto:

Particular Oficina Celular

Cláusula de Domicilio: Cada uno de los Solicitantes reconocerá como domicilio para oír y recibir notificaciones, el señalado por el Contratante, bastando que los comunicados se emitan a su nombre para que sufran los efectos legales pertinentes.

Seleccionar los documentos proporcionados por el Contratante (Exclusivo del agente que realiza la entrevista):

Identificación Oficial Vigente con Fotografía:

Número de identificación: _____

Mexicanos: Credencial para votar expedida por el INE Pasaporte expedido por la SRE
 Cédula Profesional expedida por la SEP CURP

Extranjeros: Forma Migratoria (F.M.2 o F.M.3) o Tarjeta de Residente expedida por el INM

Comprobante de Domicilio¹: Recibo de Luz Recibo de Agua Recibo de Predial
 Recibo de Teléfono (Local o Móvil) Recibo de Gas Natural
 Otro. Especifique: _____

Las siglas refieren a:

INE.- Instituto Nacional Electoral, **SRE.-** Secretaría de Relaciones Exteriores, **SEP.-** Secretaría de Educación Pública

INM.- Instituto Nacional de Migración **CURP.-** Clave Única de Registro de Población

¹ Debe tener antigüedad no mayor a 3 meses

1.1 EXCLUSIVO PARA PERSONA FÍSICA

País de Nacimiento:

Nacionalidad(es):

Fecha de Nacimiento:

Clave Única de Registro de Población (CURP):

Si tu lugar de residencia es distinto a tu domicilio fiscal, indicar:

Entidad Federativa de Residencia:

Ciudad de Residencia:

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



1.2 EXCLUSIVO PARA PERSONA MORAL

Giro Mercantil u Objeto Social:

Nombre del administrador, director general o apoderado legal:

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

¿Durante el último año, alguno de los miembros del Colectivo ha sido funcionario del Gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro importante de algún partido político, o se considera como una Persona Políticamente Expuesta³?

Sí No

¿Cuántos? _____

¿Alguno de los miembros del Colectivo tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas?

Sí No

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

³ (PEP) Persona Políticamente Expuesta, es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas 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.

CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Sector al que pertenece: Público Privado

Actividad productiva: Industrial Financiera Mercantil Manufacturera Agropecuaria, silvícola y pesquera
 Otra: _____

Tipo de Colectividad Asegurable⁴: Prestación (100% Contratante) Contributorio: Contratante _____% Empleado _____%
 Voluntario (100% Empleado)

Número de personas que conforman la Empresa: _____ Número de personas por asegurar: _____
Asegurados Titulares: _____
Dependientes Económicos: _____

La Regla de Aseguramiento que regirá a la Colectividad Asegurable es la siguiente⁵:

Todos los empleados al servicio del Contratante Directores al servicio del Contratante

Gerentes al servicio del Contratante Otra: _____

⁴ Refiere a quién proporciona los recursos económicos para el pago de la prima del seguro.

⁵ Refiere a la regla que determina las características a cumplir por una persona para que pueda ser incluida en la póliza.

¿Se contempla asegurar a los dependientes económicos? Sí No

En caso afirmativo indicar:

Como dependientes económicos se incluye a:

Cónyuge / Concubinario(a)

Hijos menores de 25 años de edad

Otra: _____

En caso de que la contribución se distinta para la inclusión de dependientes económicos, favor de indicarla:

Prestación (100% Contratante) Contributorio: Contratante _____% Empleado _____%
 Voluntario (100% Empleado)

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



| PRODUCTO A CONTRATAR | | | | |
|--------------------------|---------------------|---------|------------|---|
| Plan: | | | Operación: | |
| Rango de edades | Hombres | Mujeres | | |
| 00-04 | | | | |
| 05-09 | | | | |
| 10-14 | | | | |
| 15-19 | | | | |
| 20-24 | | | | |
| 25-29 | | | | |
| 30-34 | | | | |
| 35-39 | | | | |
| 40-44 | | | | |
| 45-49 | | | | |
| 50-54 | | | | |
| 55-59 | | | | |
| 60-64 | | | | |
| 65-69 | | | | |
| 70-74 | | | | |
| 75-79 | | | | |
| 80-84 | | | | |
| 85-89 | | | | |
| Total | | | | |
| PARÁMETROS DE COBERTURA | | | | |
| Parámetros | Número de subgrupos | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Suma Asegurada | | | | |
| Deducible | | | | |
| Coaseguro (%) | | | | |
| Tope Máximo de Coaseguro | | | | |
| Nivel Hospitalario | | | | |
| Honorarios Médicos | | | | |

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

En caso de desear contratar alguna Cobertura Opcional con costo, favor de señalar cuáles. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular | | | | |
| Maternidad | | | | |
| Indemnización Diaria por Hospitalización | | | | |
| Emergencia Médica en el Extranjero | | | | |
| Nariz y Senos Paranasales | | | | |
| Corrección Visual | | | | |

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Si tiene una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínimo de un año y con periodo(s) al descubierto menor(es) a 30 días naturales a la fecha de firma de la Solicitud; favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o Certificado Individual, así como el recibo con el sello de pagado, comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., pueda otorgar dicho beneficio.

La Colectividad tuvo una Póliza de Gastos Médicos Mayores en otra compañía Aseguradora, previo a su contratación:

Sí No

En caso afirmativo, favor de contestar lo siguiente:

| | |
|-----------------------|--|
| Nombre del Plan: | |
| Número de póliza: | |
| Nivel Hospitalario: | |
| Compañía Aseguradora: | |

Los datos anteriores fueron proporcionados en entrevista con el Solicitante.

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

Asimismo declaro que me identifique plenamente ante el Solicitante con mi nombre, tipo de autorización, número y vigencia de mi cédula e informe 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: | |
| Domicilio donde realiza sus actividades: | | | |

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



Correo electrónico:

Firma del Agente:

FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO

El pago de la Póliza que se genere con la celebración del Contrato de Seguro, será realizado con periodicidad:

Anual Semestral Trimestral Mensual

De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las doce horas del último día del plazo de pago. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

AVISO DE PRIVACIDAD

Declaro bajo protesta de decir verdad que previamente al llenado de la solicitud, fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, el cual se me ha informado que 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.

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

Esta Solicitud contempla a las Colectividades a asegurar de acuerdo con los términos y condiciones proporcionados por el Contratante a la Aseguradora.

Advertencias: Toda la información de la presente Solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la Cobertura contratada y la Suma Asegurada correspondiente. 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. Omisión o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la Solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) Beneficiario(s) en su caso. En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, La Compañía tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el Contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el

**Solicitud de Seguro
Gastos Médicos Mayores
Colectivo Experiencia Combinada**



Contrato de Seguro.

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente Solicitud es cierto y, bajo el principio de la buena fe, he llenado el formato de mi puño y letra.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL CONTRATANTE O REPRESENTANTE LEGAL:

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 16 de febrero de 2026 con el número CNSF-S0037-0057-2026 y a partir del día 22 de abril de 2026 con el número BADI-S0037-0016-2026/CONDUSEF-007132-02.