

En virtud de que con esta solicitud se está haciendo efectiva la cobertura Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente solicito a la compañía un seguro de vida bajo los datos que proporcione a continuación:

DATOS DEL SOLICITANTE				
Nombre(s)			Apellido Paterno	Apellido Materno
R.F.C:			C.U.R.P.:	Nacionalidad:
Sexo:			Estado Civil:	
Domicilio de residencia actual: (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)				
País de Nacimiento:		Entidad Federativa de Nac.:		Clave de elector (Sólo INE):
Tipo de identificación:		Número de identificación:		Emisor de identificación:
Teléfono:		Correo electrónico:		

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	
Fallecimiento	Incluida

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO			
<p>Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.</p> <p>Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.</p>			
Nombre(s) o Razón Social			DD/MM/AAAA
Apellido Paterno		Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
Nombre(s) o Razón Social			DD/MM/AAAA
Apellido Paterno		Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución

Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			
			DD/MM/AAAA
Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución
Parentesco:		Porcentaje:	
Tipo de Designación (revocable o irrevocable):			
Domicilio (Indicar el domicilio del Beneficiario, solo en caso de ser distinto al del Contratante y/o Solicitante): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)			

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 informé 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: dd/mm/aaaa
Domicilio donde realiza sus actividades:	
Correo electrónico:	
Firma del Agente	

ADVERTENCIA
<p>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 o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) Beneficiario(s) en su caso, de conformidad con lo previsto en los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p>

AVISO DE PRIVACIDAD
<p>Declaro bajo protesta de decir verdad que previamente al llenado de la solicitud, se me ha informado que el Aviso de Privacidad de Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V. se encuentra publicado en la pagina www.zurich.com.mx para consultas posteriores.</p>

ACEPTACIÓN
<p>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.</p>

CONOCIMIENTO DE MANEJO DE DATOS
<p>Autorizo a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. DE C.V., para tratar en su caso, transferir mis datos personales incluidos los patrimoniales o financieros y los sensibles, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, celebre, así como para los previstos en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y entiendo por haber sido previamente puesto a mi disposición.</p> <p>En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a sus disposición el referido Aviso de Privacidad.</p>

FORMA DE ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTE SEGURO
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">Si () No ()</p>

Yo, por mi propio derecho, _____ proporciono todo los datos a La Compañía a fin de que analice mi Solicitud de Seguro.

Lugar y fecha:
Nombre y firma del Solicitante:

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 Tereo 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, Alcaldía Benito Juárez, 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

Abreviaturas

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

C.U.R.P.: Clave Única de Registro de Población

R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes

Fecha de Nac.: Hace referencia a la fecha de nacimiento

UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios

INE: Instituto Nacional Electoral

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 08 de mayo de 2026 con el número CNSF-S0037-0045-2026/CONDUSEF-007127-02.