

Movimientos de la Póliza

Nueva: Endoso: Renovación: Póliza Anterior:

Vigencia: Desde: / / Hasta: / /

Número de Relación:

Nombre del Agente:

Clave:

Forma de Pago:

Contado Semestral Trimestral Mensual Anual

Conducto de Pago

Cargo a Tarjeta Crédito: Cargo a Tarjeta Débito: Efectivo o cheque: Domiciliación: Referencia Bancaria

*Anexar copia de identificación oficial y formato de Autorización de Cargo Automático en tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques.

Datos del Contratante

Persona Física: Persona Moral: R.F.C.: Edad: Género: M F

Nombre del Asegurado: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social

Fecha de Nacimiento: / /

País de Nacimiento:

Nacionalidad:

Correo Electrónico:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Domicilio

Calle: Número: C.P.:

Colonia: Población o Delegación: Estado:

En caso de ser Extranjero indicar domicilio completo del país de origen:

Datos del conductor habitual

Nombre:

Calle: Número: C.P.:

Colonia: Población o Delegación: Estado:

Nombre de Beneficiario Preferente:

Nombre de Representante Legal:

¿Desempeña o ha desempeñado funciones públicas? Si No Definir cargo:

¿Es cónyuge o tiene consanguinidad o afinidad hasta 2° grado con algún funcionario público? Si No

Definir cargo:

Documentos Exhibidos por el Contratante

Persona Moral

- Acta constitutiva o en caso de ser extranjero, copia legalizada y apostillada del documento que compruebe la legal existencia
- Cédula de Identificación Fiscal.
- Comprobante de domicilio de la empresa.**
- Identificación oficial vigente del representante legal.
- Copia certificada del poder notarial o en caso de ser extranjero, copia legalizada y apostillada del documento que compruebe la legal existencia.

Régimen Simplificado

- Testimonio, copia certificada del poder notarial y/o constancia del nombramiento, expedida en los términos del Artículo 90 de la Ley de Instituciones de Crédito por funcionario competente.

Persona Física

Cuando la prima sea igual o mayor a 7,500 USD, esta información es obligatoria

- Identificación oficial vigente
- Constancia de CURP
- Cédula de Identificación Fiscal
- Comprobante de Domicilio
- Pasaporte, FMT, FM2, FM3, o documento equivalente a la identificación oficial.
- Identificación oficial vigente del representante legal

** Favor de presentar los comprobantes con una vigencia no mayor a 3 meses de su fecha de emisión. Se hace constar que las copias simples exhibidas coinciden con los originales que se tienen a la vista.

Datos del Vehículo

Salvamento: Si No Origen: Residente Legalizado Fronterizo Turista
 Autos Pick up Camión Moto Remolque: Si No Modelo: _____ Clave
 Zurich:
 Marca: _____ Submarca: _____
 Descripción del Vehículo: _____ Número de Placas: _____
 Número de Serie: _____ Número de Motor: _____ ID (Número de Identificación): _____
 Zona de Circulación: _____ Uso: _____ Servicio: _____
 ¿Se realizó inspección vehicular? Si No Observaciones: _____
 Tipo de Indemnización: Valor Comercial Valor Convenido Auto Nuevo Valor Factura
 Valor comercial +10% Trade in Value Good Private Party Good

Paquete y Coberturas

Auto: Amplia Limitada Responsabilidad Civil
 Camión / Moto: Amplia Limitada Responsabilidad Civil
 Daños Materiales: % Gastos Médicos L.U.C.: \$ _____ Asistencia Automovilística: Amparada
 Robo Total: % Responsabilidad Civil L.U.C.: \$ _____ Asistencia Legal: Amparada
 Responsabilidad personas (lesiones y muerte) con límite de responsabilidad por \$100,000 y responsabilidad civil bienes con límite de responsabilidad por \$50,000

Coberturas Opcionales

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auto Sustituto ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Auto Sustituto Pluz ⁽¹⁾ | Apoyo para Pago de Transporte ⁽¹⁾ \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida Total | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Ilimitados Para menores de 12 años | Accidentes al Conductor y Ocupantes \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Llantas y Rines | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos por Ocupante | Accidentes al Conductor \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Protección MaZ | <input type="checkbox"/> Llantas y Rines | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Familiar |
| <input type="checkbox"/> Multas y Corralones | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzada | Responsabilidad Civil Muerte \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Zero ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Reparación en Agencia | Responsabilidad Civil Ocupantes \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Zero Total ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Arrastre de Remolque | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Adaptaciones y/o conversiones |
| <input type="checkbox"/> Zero Pluz ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Pérdida de objetos Personales | <input type="checkbox"/> Extravío de Llaves |
| <input type="checkbox"/> Zero Total Pluz ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Robo Parcial Interiores y Exteriores | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Daños ocasiones por la carga | Descripción de la carga: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Equipo especial | Valor: _____ Descripción: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Adaptaciones y/o conversiones | Valor: _____ Descripción: _____ | |

⁽¹⁾ Sólo puede seleccionar una de estas tres coberturas
⁽²⁾ Sólo puede seleccionar una de estas cuatro coberturas

*R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes
 *C.P.: Código Postal
 *L.U.C.: Límite Único y Combinado
 *UMA: Unidad de Medida y Actualización

Endoso

Endoso: A D B Póliza a Afectar "Obligatorio": _____

Endoso A

Alta de Inciso Cambio de Forma de Pago Aumento de Sumas Aseguradas Aumento de Vigencia Otro

Endoso D

Baja de Inciso Cambio de Forma de Pago Disminución de Sumas Aseguradas Disminución de Vigencia Otro

Endoso B

Modificación de Datos Generales Modificación de Datos del Inciso Modificación o Alta de Beneficiario Preferente

Ejecutivo que Solicita: _____

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Declaro que el origen y procedencia de los fondos que aplican por cuenta de mi representada respecto de los productos, contratos y servicios que solicita, son de su propiedad y procedencia de actividades lícitas. Así mismo manifiesto que los datos y documentación proporcionada son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarlos cuando así consideren conveniente. Finalmente, se autoriza expresamente para utilizar la presente información por la sociedad controladora o por cualquiera de las entidades financieras relacionadas a **Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.**, con las cuales se ha contratado o se llegue a contratar cualquier producto o servicio, con lo que se mantiene o se llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que ni mi mandante ni el agente realizarán transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

“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 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 26 de abril del 2024 con el número PPAQ-S0037-0027-2024/CONDUSEF-005291-02.

Señala el Agente que de acuerdo a los Artículos 8, 9,10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, hago constar que los datos de esta solicitud son ciertos y los he corroborado. Declaro que he informado al cliente el alcance de las coberturas del producto a contratar, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 96 Fracción I y III de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y Artículo 3 Fracción XII de las Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros y Art. 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas.

Si no hubiera sido pagada la prima dentro de los primeros 30 días naturales después de la emisión de la Póliza (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo.

"Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx"

Le sugerimos consultar las COBERTURAS, EXCLUSIONES y LIMITANTES del seguro en las Condiciones Generales, mismas que se encuentran a disposición del usuario a través de la página www.zurich.com.mx o en Portal de Registro de Contratos de Adhesión (RECAS) de la CONDUSEF.

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 Avila 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

Firma de Solicitante

Firma de Agente