

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro 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:		Ramo:	
-------	--	------------	--	-------	--

Datos del contratante					
Nombre o razón social:		Nacionalidad		Fecha de constitución:	
				Folio mercantil:	
RFC:		Giro de la empresa		No. Certificado FIEL *	
Calle y numero					
Colonia:		Delegación o municipio		Estado:	
C.P.:		Teléfonos:		Correo electrónico:	

*Firma electrónica avanzada

Datos de la colectividad			
Descripción de la colectividad a asegurar:			
Actividad de la colectividad asegurable			
Relación con el Contratante:			
Nacionalidad			
% Participación de los integrantes de la Colectividad en el pago de la prima			
Regla de suma asegurada:			
Edades de aceptación:			
Número de personas que forman la empresa			
Número y sexo de las personas que integran la colectividad			
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 que, derivado directamente de la actividad de los asegurados, ocurra un siniestro que afecte de manera simultánea a varios de los integrantes de la colectividad?

¿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:

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
*Persona Políticamente expuesta

Nombre del agente (Para aspectos internos de Zurich México)	Clave	Firma

La(s) cobertura(s) del seguro están sujetas a las **EXCLUSIONES y LIMITACIONES** establecidas en las Condiciones Generales que pueden ser consultadas en www.zurich.com.mx/regulaciones

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, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de agosto de 2025, con el número PPAQ-S0037-0055-2025/CONDUSEF-006706-04.