

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.

DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE

Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nac. DD/MM/AAAA	
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)							
Domicilio en el extranjero (en caso de que aplique): (CALLE, NUMERO EXT. Y EN SU CASO INT., COLONIA, C. P., ALCALDÍA O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS)							
Domicilio fiscal (en caso de que sea distinto al de residencia): (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 Nacimiento:		Clave de elector (Sólo INE):			
Tipo de identificación:		Número de identificación:		Emisor de identificación:			
Número de identificación fiscal válido en el país: (solo extranjeros)		Teléfono:		Correo Electrónico:			
Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)		Ocupación/Profesión:		Ingresos anuales netos: (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros)			
Origen del Patrimonio:							
Describe brevemente la actividad que realiza, medios y materiales utilizados para su labor:							

DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA

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)	
Correo Electrónico:	Correo Electrónico alterno:
Favor de indicar el medio por el cual desea recibir los estados de cuenta: Por correo electrónico () Domicilio de correspondencia ()	
Por disposición legal, trimestralmente se le harán llegar a traves del medio indicado en la pregunta anterior. En caso de no haber indicado lo anteior, se enviará impreso al domicilio fiscal indicado en esta solicitud.	

COBERTURAS

Moneda:	Plazo del Plan:
Plan de pago: PRIMA ÚNICA	BENEFICIO FISCAL DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 93 LISR

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento	
Supervivencia	Fondo de supervivencia

Solicitud – Blindaje Seguro Patrimonial

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.



ALTERNATIVAS DE INVERSIÓN		
Fondo de supervivencia (93 LISR**)	Prima Inicial	
	Monto	%

Se previene al Asegurado que el rendimiento generado por las Alternativas de Inversión puede ser negativo, lo cual, en caso de Retiros parciales, rescate o fallecimiento del Asegurado, se vería reflejado como una reducción al valor de su Reserva. Se recomienda al Asegurado no invertir en estos productos más del 30% de patrimonio familiar.

** Ley del Impuesto Sobre la Renta

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

Declaro para todos los efectos legales que haya lugar que:

- Recibí y he verificado que los datos asentados en la Solicitud son correctos, manifiesto que dichos datos son verídicos y fueron proporcionados durante una entrevista personal con el Funcionario Bancario o Agente; igualmente declaro que el origen de los recursos con los que contraté mi seguro son de origen lícito.

De igual manera autorizo expresamente a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, a solicitar y compartir la información contenida en este documento, así como la contenida en cualquier otro que permita mi identificación y la integración de mi expediente con _____.

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Instruyo y autorizo a la Institución Crediticia antes mencionada en adelante “el Banco”, para que con cargo a mi(s) cuenta(s) bancaria(s) especificada(s), realice por mi cuenta el pago por concepto de Prima Única + Primas de Ahorro Adicionales a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, en adelante La Compañía, respecto al contrato que celebré con esa La Compañía, por el importe y en la fecha que se indique.

Asimismo, acepto que el Banco no será responsable si por alguna causa imputable al Asegurado, no es posible realizar el cargo del pago de la prima o fracción de ella o cualquier aportación, así como en el caso de que la tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques estuviera bloqueadas, por lo que libero al Banco de toda responsabilidad relacionada con el Contrato de Seguro y de las acciones que en mi contra pudiera ejercitar La Compañía con base en el Contrato o la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que expresamente se hace constar que el Banco se limitará a cubrir el importe que aparezca en los comprobantes que deba pagar por cuenta del Asegurado, por lo que en caso de ser necesario la interposición de acciones o recursos por la aclaración o reclamación ante La Compañía, no estará el Banco obligado a efectuarlas.

El Banco tampoco será responsable si La Compañía no entrega los comprobantes de pago de prima. Asimismo el Banco tendrá absoluta libertad de cancelar este servicio si en mi cuenta no existieran fondos para cubrir uno o mas de los pagos que requiera La Compañía o bien si esta estuviese bloqueada por algún motivo, casos en los cuales será mi exclusiva responsabilidad de notificárselo por escrito a La Compañía.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

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.

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.

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.

Expresamente otorgo a **Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza de seguro, expedida por dicha Compañía a favor del Contratante especificado en este consentimiento. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente, son verídicas y están completas, así mismo manifiesto que es mi voluntad realizar la designación de beneficiarios en los términos y porcentajes referidos.

Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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)			

Solicitud – Blindaje Seguro Patrimonial

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.



Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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)			

BENEFICIARIO SUSTITUTO

Cuando no haya beneficiarios designados o todos los designados hubieren fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, el importe del seguro se pagará al Beneficiario sustituto, en caso de que no haya beneficiario sustituto el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el(los) beneficiario(s) designado(s), el beneficiario sustituto y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando los beneficiarios designados y el sustituto mueran antes que el asegurado.

Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nac. o constitución DD/MM/AAAA
Parentesco:		%	
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)			

DATOS GENERALES DEL PROVEEDOR DE RECURSOS (solo llenar en caso de ser distinto al Contratante)

			DD/MM/AAAA
Nombre completo o Razón social:			Fecha de Nacimiento o constitución
Nacionalidad:	Ocupación/Profesión/Giro:	Ingresos anuales netos:	
R.F.C. con homoclave:	C.U.R.P.:	Número de identificación fiscal (solo extranjeros):	
Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella):			

ADVERTENCIA

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.

AVISO DE PRIVACIDAD ACEPTACIÓN

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.

CONOCIMIENTO DE MANEJO DE DATOS

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.

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.

DECLARATIVA DEL CONTRATANTE

i. ¿Actúa a nombre y por cuenta propia?			SI ()	NO ()
En caso negativo indicar la siguiente información de la persona por la que actúa:				
			DD/MM/AAAA	
Nombre completo o Razón social			Fecha de Nacimiento	
ii. Mencione si usted, su cónyuge, concubinario o pariente por consanguinidad afinado hasta el segundo grado es un PEP ¹ nacional o extranjero.			SI ()	NO ()
En caso afirmativo indicar la siguiente información de la persona que señala como PEP ¹ :				
			DD/MM/AAAA	
Nombre completo			Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad:	Cargo o Puesto:	Parentesco (en su caso):		
En caso de ser PEP ¹ extranjero señalar nombre del cónyuge o dependiente económico:				
¹PEP: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en 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. Se asimilan a las Personas Políticamente Expuestas, el cónyuge y las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como los asociados cercanos de la Persona Políticamente Expuesta. 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 se encuentra en www.zurich.com.mx				

Solicitud – Blindaje Seguro Patrimonial

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.



SEGUROS		
Cuenta con otro(s) seguro(s) de vida:	Compañía:	Suma Asegurada:
¿Alguna vez le han rechazado, extraprimado, pospuesto o le han impuesto condiciones especiales para alguna cobertura de seguro de vida?		
Favor de ampliar información:		
¿Está solicitando otro seguro?	Compañía:	Suma Asegurada:
Fuentes de ingresos percibidos durante los últimos 2 años:		

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 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	

Las preguntas contenidas en el siguiente cuestionario, deben ser contestadas **UNICAMENTE Y EN SU TOTALIDAD** por el Solicitante.

IMPORTANTE: En caso de respuestas afirmativas se deberá proporcionar mayor información en la sección correspondiente:

Solicitud – Blindaje Seguro Patrimonial

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.



CUESTIONARIO DE SALUD			SI	NO
Peso:		Estatura:		
¿Consume alcohol (en caso afirmativo especificar tipo, cantidad y frecuencia)?				
En los últimos 2 años ¿ha consumido tabaco (cigarro, puro, vapeadores, masticado, etc.)?				
¿Practica algun deporte o afición peligrosa (en caso afirmativo favor de especificar)? <i>En caso afirmativo es necesario responder el cuestionario correspondiente.</i>				
¿Ha consumido drogas o estimulantes en los últimos 2 años?				
¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica (como diabetes, hipertensión, padecimiento cardiaco, renal, pulmonar, etc.)?				
¿Está actualmente en tratamiento médico o padece alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?				
Favor de ampliar respuestas afirmativas				

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.
Si () No ()

FORMATO DE AUTOCERTIFICACIÓN FATCA/CRS

Entiendo que esta solicitud no esta completa si no presento con esta misma fecha, debidamente llenado el **Formato de Autocertificación FATCA/CRS** que me proporciona La Compañía.

Yo, por mi propio derecho, _____ proporciono todo los datos a La Compañía a fin de que analice mi solicitud para el producto Blindaje Seguro Patrimonial.

Lugar y fecha:	
Nombre y firma del Contratante	Firma del Solicitante

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 24 de junio del 2025 con el número CNSF-S0037-0218-2025/CONDUSEF-006859-02.

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

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

Nac.: Hace referencia a la fecha de nacimiento

UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios

INE: Instituto Nacional Electoral