

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: Número: C.P.:

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

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

⁽¹⁾ Sólo puede seleccionar una de estas tres coberturas

⁽²⁾ Sólo puede seleccionar una de estas cuatro coberturas

Beneficiario para la cobertura Accidentes al Conductor	
Beneficiario para la cobertura Accidentes al Conductor y Ocupantes del vehículo	

*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 11 de septiembre del 2025 con el número PPAQ-S0037-0062-2025/CONDUSEF-005755-04.

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, las cuales le serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales, contado a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el contratante y/o asegurado, sin perjuicio de que dichas condiciones generales puedan ser consultadas 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 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

Firma de Solicitante

Firma de Agente