

Datos Generales

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Sexo E-mail

Domicilio
 Calle: No.Exterior: No. Interior: C.P.:

Colonia: Ciudad: Estado:

Delegación: Nacionalidad: País de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AA) Registro Federal de Contribuyentes:

..... / / | | | | | | | | |

Teléfono: Celular: Ingresos Mensuales:

Favor de llenar con los datos del Asegurado, en caso de que el Contratante sea diferente también llenar la hoja 3 y/o 4.

Ocupación Giro o Actividad Origen de los Recursos

Principal fuente de ingresos: Salario Honorarios Negocio Propio Patrimonio / Ahorro / Inversión Rentas

¿Usted, su cónyuge o pariente de hasta segundo grado ha desempeñado funciones públicas destacadas, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o miembro de partidos políticos? Sí No

¿Cuál?: Tiempo o Período: Nombre: Parentesco:

Características del Seguro

Plan Temporal: Plazo de Coberturas 1 año renovable 5 años 10 años 20 años Otro

Cobertura Básica por Fallecimiento

Suma Asegurada: **Moneda** Pesos Pesos Revaluables Dólares

Coberturas Adicionales

	Suma Asegurada
Exención de Pago de Primas (BIT)	<input type="checkbox"/> Sí
Muerte Accidental (MA)	<input type="checkbox"/> Sí
Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIBA)	<input type="checkbox"/> Sí
Pago Adicional por Invalidez (BIPA)	<input type="checkbox"/> Sí
Devolución de Primas (DP) (Para plazos a partir de 10 años)	<input type="checkbox"/> Sí
Anticipo para últimos gastos Amparada	<input type="checkbox"/> Sí

Designación de Beneficiarios

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje

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 efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 la 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.

Cuestionario Médico (se deben de contestar todas las preguntas)

Peso: Estatura:

- 1 ¿Usted ha estado en el hospital, en rehabilitación o ha tenido cirugías ambulatorias en los últimos 10 años? Sí No
- 2 ¿Usted ha consumido en los últimos 10 años drogas, narcóticos o ha estado en tratamiento a consecuencia del consumo del alcohol o drogas? Sí No
- 3 ¿Usted ha sido diagnosticado HIV positivo (SIDA)? Sí No
- 4 ¿Usted ha sido diagnosticado de cáncer o se le han detectado tumores? Sí No
- 5 ¿Usted está o ha estado durante los últimos 5 años en asesoramiento, tratamiento o se ha practicado exámenes médicos, homeopáticos o fisioterapéuticos por enfermedades o malestar relacionados con las siguientes afecciones, trastornos o padecimientos? Sí No
 - a. Cardiovascular (hipertensión o hipotensión arterial, soplo, infarto, circulación, dislipidemia)
 - b. Respiratorio (pulmones, bronquitis crónica, asma, enfisema pulmonar)
 - c. Digestivo (úlceras, hígado, vesícula biliar, intestino, colon, recto, páncreas, gastritis, hernias)
 - d. Óseo (huesos o articulaciones, amputaciones, hernias de columna vertebral)
 - e. Neurológico (convulsiones, trastornos nerviosos, mentales, parálisis, epilepsia)
 - f. Reproductor (glándulas mamarias, ovarios, matriz, testículos)
 - g. Endocrino (diabetes, tiroides, hipófisis o pituitaria)
 - h. Génito Urinario (riñones, vejiga, transmisión sexual, próstata)
- 6 ¿Usted ha tenido, en los últimos tres meses, molestias con respecto a alguna de las causas mencionadas en la pregunta 5? Sí No
 ¿En caso afirmativo cuáles?
- 7 ¿Fuma? Cigarro Puro Pipa Cantidad diaria Sí No
- 8 ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Tipo Frecuencia Cantidad Sí No
- 9 ¿Usted tiene alguna afección o padecimiento distinto a los mencionados anteriormente? Sí No

Favor de ampliar respuestas afirmativas indicando fechas, tratamientos y estado actual.

No. de Pregunta	Fechas	Tratamiento	Estado Actual

Actividades Deportivas		
Deporte	Amateur o Profesional	Frecuencia

¿Practica profesionalmente alguno de los siguientes deportes: buceo, cacería, paracaidismo, aviación privada, alpinismo, artes marciales, montañismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, rapel, equitación, charrería, vuelo en aviones ultraligeros, parapentes u otras actividades igualmente peligrosas?

Sí No ¿Cuál?

Cuestionario Médico (se deben de contestar todas las preguntas)

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Sí No

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí No

En caso afirmativo ¿Por qué motivo?:

Favor de llenar únicamente en caso de ser Contratante Persona Moral

Fecha de Constitución: / / (DD/MM/AA) Folio Mercantil:

Actividad o Giro Mercantil u Objeto Social:

Principal fuente de ingresos: Herencia Ventas del Negocio Ventas de Inmuebles Otro ¿Cuál?

Forma de Administración de la Sociedad: Administrador Único Consejo de Administración

Nombre de los Socios o Accionistas	Nacionalidad	Porcentaje
------------------------------------	--------------	------------

.....
.....
.....

Mencione si los Socios o Accionistas, miembros del Consejo de Administración ó Administrador Único han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, han sido jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos. Sí No

Nombre: Describa Puesto:

Tiempo y Periodo: Parentesco:

Representante Legal o Apoderado

Nombre y Apellidos:

Acepto recibir de forma electrónica la documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado en la presente solicitud/cotización. Acepto que me fue informado que en caso de requerir un ejemplar impreso podré solicitarlo en cualquier momento directamente en las oficinas de Allianz México, S.A. Compañía de Seguros.

- Sí acepto
 No acepto

.....
 Firma del contratante

Declaro que conozco el detalle de coberturas, limitaciones y exclusiones del producto solicitado en la presente, las cuales constan en las Condiciones Generales, mismas que están disponibles para su descarga en la sección Descarga de Documentos en www.allianz.com.mx/descarga-de-documentos

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente está obligado a informar de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo, le sugerimos detallar las características y los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

En términos del artículo 492, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le informamos que el Agente de Seguros y la Compañía Aseguradora tienen implementadas medidas y procedimientos para detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, por tal motivo, en caso de llegarse a verificar algún acto de los señalados anteriormente, originará la improcedencia en el pago, invalidando el seguro de forma automática.

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), en Blvd. Manuel Ávila Camacho 164, piso 1, Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010, en un horario de atención de lunes a jueves de 09:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00 horas y viernes de 09:00 a 14:00 horas, llamar a los teléfonos (55) 5201-3039 y del interior de la república al (01 800) 111 12 00 ext. 3039 o enviar un correo electrónico a claudia.espinosa@allianz.com.mx

Datos de la CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México. C.P. 03100. Teléfonos: (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80, www.condusef.gob.mx, asesoria@condusef.gob.mx

.....
 Nombre y Firma del Agente

.....
 Nombre y Firma del Contratante

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 a este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de marzo de 2020 con el número CNSF-S0003-0099-2020/CONDUSEF-003586-05.