

Designación de Beneficiarios del Seguro Complementario de Vida y de la Cobertura Básica por Muerte Accidental

Nombre del Beneficiario	Parentesco	% sobre Suma Asegurada

Total 100%

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.

Conducto para realizar Aportaciones

- Cargo a Tarjeta de Crédito
 Domiciliación a Cuenta Bancaria
 Depósito o Transferencia
 (únicamente pago semestral o anual)

Cuestionario Médico del Titular (completar únicamente si se ha solicitado la Cobertura Básica por Fallecimiento e Invalidez y/o Beneficios Opcionales)

1. Peso: Kg Estatura: Mts		
2. ¿Padece o ha padecido de insuficiencia cardiaca, infartos, dolor en pecho o tórax, trastornos de la circulación o presión arterial alta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad o accidente que siga requiriendo de chequeos periódicos o tratamientos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Padece o ha padecido de bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema pulmonar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Padece o ha padecido de úlcera de estómago o intestino, gastritis, hernias, enfermedades del esófago colon o recto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha padecido de cualquier tipo de cáncer?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Padece o ha padecido de hepatitis, cirrosis, pancreatitis o cualquier otra enfermedad del hígado o del páncreas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido resultados positivos en exámenes de VIH SIDA?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Padece o ha padecido de diabetes o hipoglucemia (azúcar baja)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido resultados anormales en pruebas de laboratorio o diagnósticos (ultrasonido, resonancia, tomografía, rayos x o electrocardiogramas)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido cualquier tipo de quistes o tumoraciones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. ¿Presenta actualmente síntomas o alteraciones de salud no atendidos médicamente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13. ¿Padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad o lesión diferente a las preguntadas en este cuestionario?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. ¿Practica algún deporte peligroso? / ¿Cuál?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta(s) afirmativa(s) amplíe la información

Pregunta	Enfermedad o Lesión	Fecha	Estado Actual

Si requiere mayor espacio para agregar o ampliar sus respuestas, favor de agregarlas en una hoja anexa a ésta, la cual incluya fecha y firma.

Hábitos del Titular

¿Fuma? Cantidad Diaria ¿Desde cuándo?
¿Cada cuándo ingiere bebidas alcohólicas? ¿Cuánto? Tipo
¿Consume o ha consumido algún tipo de droga o estimulante? Clase
Fecha de último consumo

Cesión de Derechos

Una vez aceptada esta solicitud y emitida la Póliza de Seguro, el Titular otorga su consentimiento para que los derechos correspondientes a la Cobertura Básica Ahorro, sean aportados mediante cesión de derechos al Fideicomiso Educativo que se celebre con Allianz México, S.A., Compañía de Seguros División Fiduciaria para este fin. El Fiduciario acepta la presente cesión al suscribir el Fideicomiso antes mencionado.

Se entenderá por derechos correspondientes a la Cobertura Básica Ahorro en términos de las Condiciones Generales los siguientes: a) Decidir sobre la asignación de las aportaciones entre las diferentes Alternativas de Rendimientos, así como realizar traspasos entre las mismas; b) Solicitar y recibir los recursos correspondientes a los Retiros parciales o totales de la Reserva por Supervivencia.

De interés para el solicitante (favor de leer antes de firmar):

Autorizo a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, disponible en la página de internet: www.allianz.com.mx.

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 Allianz México S.A. Compañía de Seguros y los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la declaración inexacta o la falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten para la apreciación del riesgo podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra el mismo.

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.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Allianz México S.A., Compañía de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

Autorizo al agente a tener acceso a la información de la póliza Sí No

.....
Lugar y Fecha de Solicitud

.....
Nombre del Titular

.....
Firma del Titular

.....
Nombre del Agente

.....
Firma del Agente

.....
No. de Agente

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, asesoría@condusef.gob.mx

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 05 de octubre 2018 con el número CNSF-S0003-0161-2018 / CONDUSEF-003170-05.

OptiMaxx educación
Anexo Distribución de Inversión

Indicaciones para la asignación de las aportaciones entre las Alternativas de Rendimiento Disponibles.

La asignación de las aportaciones entre las Alternativas de Rendimiento Disponibles correspondientes a la póliza con número de solicitud (Folio o Referencia Bancaria) se determinará con base en los siguientes porcentajes:

PESOS

Conservador % Balanceado % Dinámico % Revaluables%

DÓLARES

Conservador % Balanceado % Dinámico %

EUROS

Conservador % Balanceado % Dinámico %

DEDICADOS

AZ China % AZ Brasil % AZ BRIC % AZ Mercados % AZ ORO%

* Nota: La suma de los porcentajes debe ser 100%.

Lugar y Fecha de Solicitud

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma del Agente

No. de Agente

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 05 de octubre 2018 con el número CNSF-S0003-0161-2018 / CONDUSEF-003170-05.

Cuestionario de perfilamiento

Allianz México, a través de sus representantes, me explicó la finalidad del presente cuestionario de perfilamiento y su importancia. De igual modo, declaro que el puntaje obtenido en este cuestionario corresponde a los instrumentos de inversión del perfil.....

En caso de no estar de acuerdo con el resultado obtenido en este perfilamiento, favor de especificar el perfil deseado.
.....

En virtud de ello, declaro que las inversiones a realizar son acordes con mis objetivos de inversión.

Puntaje total

Perfil	De	A
Conservador	5	12
Moderado	13	20
Agresivo	21	29

El resultado de este perfilamiento es sólo una referencia, Allianz no tiene responsabilidad alguna sobre las variaciones que tengan las alternativas de inversión en las que el cliente decida invertir.

.....
Nombre y Firma del Agente

.....
Nombre y Firma del Contratante

Clave del Agente:

Identificación del Cliente - Persona Física

Fecha:

I. Datos Generales del Contratante / Asegurado

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:

País de Nacimiento: Nacionalidad: Teléfono:

Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P.:

Número de serie del certificado digital de (e-FIRMA)* : E-mail*:

Tipo de Identificación: Vigencia: Número:

¿Tiene residencia fiscal/tributaria en un país diferente a México? País de residencia adicional

¿Es ciudadano de los Estados Unidos de América o territorios asociados?¹ Tax ID/TIN²

II. Información Laboral/Financiera

Ocupación o profesión, actividad o giro del negocio:

Principal fuente de ingresos: Salario/honorarios Patrimonio/Ahorro/Pensión Negocio propio
 Herencia Venta de Inmuebles Ingresos por Intereses Indemnizaciones Arrendamiento

Origen de los recursos para la adquisición del producto: Herencia Ventas del negocio Ventas de inmuebles
 Patrimonio/Ahorro Honorarios/Sueldos Otro ¿Cuál?

Estimación de Aportaciones y Retiros Mensuales (Llenar tabla, solo en caso de los productos de Ahorro e Inversión)

Tipo de Transacción	Número de transacciones estimadas por mes			Monto de operaciones estimadas por mes En miles de pesos MXN		
	0 - 3	4 - 6	+ de 6	0 a 500	500 a 1000	+ de 1000
Depósitos						
Retiros						

III. Investigación Acerca del Cliente

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado 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. Si No

Nombre: Describa Puesto: Extranjero
 Periodo desde: hasta Parentesco: Nacional

¿Actúa por nombre y cuenta propia? Si No Nombre y Apellidos:

¿Es usted propietario de los recursos con los que pagará la póliza? Si No³

IV. Documentos Recibidos

RFC* CURP* Identificación Oficial Comprobante de Domicilio W8 /W9⁴

Identificación del Cliente - Persona Física

V. Avisos Legales

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros (en lo sucesivo, "Allianz") con domicilio ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 164, Colonia Lomas de Barrilaco, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11010, en la Ciudad de México, México, utilizará sus datos personales aquí recabados para: A) verificar, confirmar y validar su identidad; B) evaluar su solicitud de seguro y selección de riesgo o las circunstancias para, en su caso, celebrar contratos con Allianz; C) cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; D) entregar toda aquella documentación que se derive del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz; y F) prevenir y detectar fraude y/u operaciones ilícitas.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página web: <https://www.allianz.com.mx/aviso-de-privacidad>

.....
Nombre y Firma del Agente o Asesor

.....
Nombre y Firma del Contratante

El presente se firma por el Agente o Asesor y por el Contratante o Representante o Apoderado Legal del Contratante, quien manifiesta que cuenta con las facultades necesarias para firmar este documento.

Los documentos anexos a este formato, fueron cotejados con los originales.

* Solo si cuenta con ellos.

¹ Países asociados: Puerto Rico, Islas Marianas del Norte, Guam, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Samoa Americana.

² Dato obligatorio en caso de responder "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores.

³ Si el cliente señala "No", se deberán recabar los mismos datos y documentos descritos en el presente formato.

⁴ Obligatorio en caso de ser ciudadano o contar con residencia norteamericana adjuntar formato de auto-certificación W9/W8 y número de TIN (Número de Identificación fiscal, por sus siglas en inglés: *Tax Identifier Number*). El formato se puede descargar en <https://www.irs.gov/forms-instructions>

Le agradecemos que haya solicitado un plan OptiMaxx educación con Allianz México. Por su seguridad y buscando en todo momento su satisfacción como cliente, queremos confirmar que usted haya recibido la asesoría adecuada con base en sus necesidades y que haya entendido los beneficios y riesgos asociados al producto.

Por favor lea y firme, en caso de estar de acuerdo, el presente Formato de Confirmación. Si el contenido de este documento no concuerda con su entendimiento del producto o con la asesoría proporcionada, le agradeceremos que no lo firme y que se comunique al área de Servicio al Cliente al 01800 1111 200 o bien al correo electrónico cliente.optimaxx@allianz.com.mx, en donde con gusto le atenderemos.

Confirmando que mi Agente

- Ha llevado una cuidadosa investigación que determina mis capacidades financieras actuales y mi perfil de riesgo deseado.
- Me ha explicado a detalle el tipo de producto que he adquirido, en particular lo referente a la estructura de cargos durante la administración del producto y en los que puedo incurrir en caso de solicitar retiros o la cancelación de la póliza.
- Me ha proporcionado una proyección de los beneficios de mi plan OptiMaxx educación y en ningún momento me ha presentado proyecciones calculadas a más del 12% de rendimiento anual.

Por mi parte he comprendido el funcionamiento de mi plan OptiMaxx educación, en lo particular entiendo que:

- Dependiendo del tipo de Alternativa de Inversión que haya elegido, el valor de mi inversión puede bajar o subir y que los rendimientos pasados se utilizan exclusivamente como referencia y no constituyen garantía del desempeño futuro.
- Debo tener presente la fecha planeada para retirar mi inversión y en su caso ajustar las Alternativas de Inversión que he seleccionado al nivel de riesgo deseado.
- Aun cuando me han presentado una proyección financiera, la misma es ilustrativa y no representa una garantía de rendimiento.
- Para obtener los máximos beneficios del plan debo pagar la prima por el Plazo Comprometido que he contratado.
- Al momento de efectuar un retiro, parcial o total, el saldo del plan se podrá ver disminuido por la estructura de cargos.
- En caso de que los recursos no sean utilizados para fines educativos, los rendimientos reales generados se considerarán como ingresos acumulables, con base en la regulación actual (al momento del retiro se sujetarán a la regulación que esté vigente).
- Las aportaciones programadas durante todo el plazo comprometido del plan se denominan Aportaciones Comprometidas.
- Las Aportaciones Comprometidas programadas durante los primeros 18 meses se denominarán Aportaciones Iniciales.
- En caso de no cumplir con el programa de las Aportaciones Iniciales el plan se cancelará, lo que representará que se incurrirán en los cargos por cancelación definidos en las Condiciones Generales.
- Una vez cubiertas las Aportaciones Iniciales, OptiMaxx educación ofrece flexibilidad para continuar con mi programa de pagos, sin embargo en caso de no cumplir con las Aportaciones Comprometidas planeadas reducirá el potencial de crecimiento del plan ya que los cargos de administración representarán un porcentaje mayor sobre el monto de mi inversión con respecto a lo que hubieran representado en caso de haber realizado mis Aportaciones Comprometidas en su totalidad además de que podrá resultar en la pérdida del Bono de Fidelidad.
- Durante los primeros 18 meses OptiMaxx educación no me permite hacer retiros de mi plan, ni la posibilidad de cambiar la estrategia de inversión de mis futuras aportaciones ni modificar la forma de pago del plan.
- A partir del mes 19 de mi plan y hasta cumplirse el plazo comprometido del mismo, éste me da el derecho a solicitar retiros sobre el Saldo Comprometido (Saldo Total del plan menos el Saldo Inicial que se conforma de las Aportaciones Iniciales, el Bono de Fidelidad y sus correspondientes rendimientos menos cargos), a un costo del 1% por parte de Allianz.
- El Plazo Comprometido recomendado por Allianz, es la diferencia entre 18 años y la edad del beneficiario de la educación aunque este podría ser diferente según lo definido por el cliente.

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.

Solicito que los estados de cuenta que se generen por la contratación de este seguro me sean entregados de forma electrónica a través del portal que para tal fin pone a mi disposición Allianz México, S.A., Compañía de Seguros.

Tanto Allianz México como el Agente podrán proporcionar una descripción general de la regulación fiscal aplicable al plan, sin embargo ésta no representa obligación alguna para Allianz México S.A., Compañía de Seguros y será mi obligación asesorarme en la materia.

Autorizo a Allianz México S.A., Compañía de Seguros, a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, disponible en la página de internet www.allianz.com.mx.

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 Allianz México S.A., Compañía de Seguros y los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Autorizo al Agente a tener acceso a la información de mi póliza Sí No

Nombre y firma del Titular (Cliente) Fecha

Confirmando que le he presentado personalmente este documento al Cliente, que no le he hecho declaraciones que difieran de las aquí presentadas y que no le he garantizado ni le he hecho promesas acerca del valor de su inversión en el futuro.

Nombre y firma del Agente