

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)		☐ Sí
Muerte Accidental (MA)		☐ Sí
Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIBA)		☐ Sí
Pago Adicional por Invalidez (BIPA)		☐ Sí
Devolución de Primas (DP) (Para plazos a partir de 10 años)		☐ Sí
Anticipo para últimos gastos	Amparada	☐ 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?:

Riesgos Cubiertos

Información de Pago

Fecha de Vencimiento:

Cuenta CLABE: | | | || | | || | | | | | | | | | | |

☐ Copia de Conducto de Cobro

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

“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 ☐

No. de Agente

Datos Generales del Contratante (En caso de ser diferente al Asegurado)

Nombre o Razón Social: _____ RFC: _____

Domicilio

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

Colonia: Ciudad: Estado: Teléfono:

Delegación: Nacionalidad: País de Nacimiento:

Favor de llenar únicamente en caso de que el Contratante sea Persona Física

Fecha de Nacimiento: / / (DD/MM/AA) País de Nacimiento:

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:

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.

OptiMaxx protección
Carta de Confirmación cliente No Fumador

Le agradecemos que haya solicitado un plan OptiMaxx protección 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 asociados al producto.

Con base en las Condiciones Generales, le recordamos que para maximizar y conservar los beneficios del plan, es necesario declarar todos los hechos importantes que se le pregunten en la solicitud, cuestionario médico y cuestionarios adicionales, tal como los conozca al momento del llenado de la documentación.

Nos gustaría confirmarle que si Usted, de acuerdo con sus declaraciones en la solicitud y valoración de Allianz, fuera aceptado como No Fumador, para efectos de determinación de Primas y Valores Garantizados, recibirá una tarifa preferencial. Le pedimos nos confirme si:

¿Alguna vez ha fumado? ☐ Sí ☐ No

☐ Cigarro ☐ Puro ☐ Pipa

Cantidad _____ Frecuencia _____

Fecha de inicio __ / __ (mm / aa)

Fecha Final __ / __ (mm / aa)

Si cambia sus hábitos, es decir, si comienza o vuelve a fumar, deberá notificarlo a Allianz, dentro de los 60 días siguientes a este hecho.

En caso de que ocurra un siniestro y no se haya notificado dicho cambio en hábitos, se ajustará la Suma Asegurada de acuerdo a la que se hubiere alcanzado en función de las primas pagadas, considerando el precio que hubiese resultado aplicando la tarifa como "Fumador" con base en su edad a la fecha de contratación.

Adicionalmente, Allianz se reserva el derecho a rescindir el contrato dentro de los primeros 2 años si existiera omisión o inexacta declaración en la solicitud, cuestionario médico y cuestionarios adicionales.

Le informamos que en caso de declarar ser No Fumador, para efectos de la emisión de la póliza, Allianz podrá realizar una entrevista telefónica a los teléfonos proporcionados en la solicitud, la cual será grabada, con la finalidad de confirmar su declaración.

Si el contenido de este documento no concuerda con su entendimiento del producto y sus beneficios, le agradeceremos que se comunique con nuestra 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.

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.

Nombre y firma 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>

Tabla de requisitos asegurabilidad

Pesos mexicanos

Requisitos médicos según suma asegurada

Edad	Sin examen médico	Examen 1	Examen 2	Examen 3
18 - 49	Hasta \$5,000	N.A.	Más de \$5,000 hasta \$10,000*	Más de \$10,000*
50 - 59	Hasta \$2,000	N.A.	Más de \$2,000 hasta \$8,000*	Más de \$8,000*
60 - 70	N.A.	Hasta \$2,000*	Más de \$2,000 hasta \$5,000*	Más de \$5,000*

En miles de pesos

Requisitos financieros según suma asegurada

Suma asegurada

Requisitos

De \$5 millones en adelante

Cuestionario financiero y
Declaración fiscal últimos 2 años

Dólares

Requisitos médicos según suma asegurada

Edad	Sin examen médico	Examen 1	Examen 2	Examen 3
18 - 49	Hasta \$250	N.A.	Más de \$250 hasta \$500*	Más de \$500*
50 - 59	Hasta \$100	N.A.	Más de \$100 hasta \$400*	Más de \$400*
60 - 70	N.A.	Hasta \$100*	Más de \$100 hasta \$250*	Más de \$250*

En miles de dólares

Requisitos financieros según suma asegurada

Suma asegurada

Requisitos

De \$250 mil dls en adelante

Cuestionario financiero y
Declaración fiscal últimos 2 años

Examen 1: E.M., EGO, LAB1 Examen 2: E.M., EGO, LAB2 Y ECGR Examen 3: E.M., EGO, LAB2, ECGR y ECGESF

E.M. - Examen médico.

EGO - Examen general de orina.

LAB1 - Química sanguínea de 6 determinaciones, HIV, biometría hemática

LAB2 - Biometría hemática, química sanguínea de 27 determinaciones, HIV.

ECGR - Electrocardiograma en reposo.

ECGESF - Electrocardiograma en esfuerzo.

* Para **Hombres** mayores de 40 años adicionalmente es necesario antígeno prostático específico.