

OptiMaxx plus

Referencia Bancaria.....

Datos del Titular

Nombre(s)

Apellido Paterno Apellido Materno

Sexo F M E-mail (correo autorizado)

Celular Teléfono

Domicilio
Calle No. Ext. No. Int. C.P.

Colonia Ciudad Estado

Municipio Nacionalidad País de Nacimiento

Fecha de Nacimiento R.F.C:

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 miembros de partidos políticos? Sí No

¿Cuál? Tiempo o Periodo Nombre Parentesco

Condiciones del Plan

Plan Art.93 Seguro de Vida Inversión Art.151 Fideicomiso Art.185 Deducible
Periodicidad de la Aportación Mensual Trimestral Semestral Anual

Monto de la Aportación por Periodo: \$ **M.N. En letra**

Actualización de Aportaciones Comprometidas revaluables con la inflación cada febrero Sí No

Plazo Comprometido de Aportaciones 5 años 10 años 15 años 20 años 25 años Otro: años

Indicar el número de transacciones que hará por mes en su póliza.

Tipo de Transacción por mes	Número de transacciones			Monto de operaciones en miles		
	0-3	4-6	+ de 6	0 - 10	10 - 50	+ de 50
Depósitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retiros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OptiMaxx plus

Coberturas Básicas

Prima única de \$500 pesos y se descontará de la primera aportación.

Designación de Beneficiarios

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje

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.

OptiMaxx plus

Autorización de Cargo Automático en Tarjeta de Crédito o Cuenta de Cheques

Solicito que el medio de cobro para mi póliza sea:

- Vía depósito o transferencia bancaria (únicamente pólizas con forma de pago anual).
- Cargo automático a Tarjeta de Crédito o Cuenta de Cheques.

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, SA integrante del Grupo Financiero Banamex o a aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard para que, con base al contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta citada o en su caso el número de Tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado el Banco, se sirvan pagar a mi cuenta a nombre de Allianz México S.A., Compañía de Seguros los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan a continuación.

El negocio afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con: (i) La información generada correcta y oportuna de los cargos al Tarjetahabiente / Cuentahabiente, (ii). De la calidad de los productos y servicios ofrecidos, liberando a Banco Nacional de México, S.A. integrante del Grupo Financiero Banamex o a cualquier institución afiliada a VISA o a MasterCard de toda reclamación que se genere por parte del Tarjetahabiente / Cuentahabiente.

El Tarjetahabiente / Cuentahabiente podrá revocar la Carta Autorización mediante comunicado por escrito con treinta días naturales de anticipación que recibirá Allianz México, S.A., Compañía de Seguros el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por Allianz México S.A. Compañía de Seguros. En este caso Allianz México S.A., Compañía de Seguros deberá informar al Tarjetahabiente / Cuentahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

Esta Carta Autorización estará vigente hasta nuevo aviso, mismo que notificaré por escrito con treinta días naturales de anticipación.

El concepto, la periodicidad y el monto a cargar al Tarjetahabiente / Cuentahabiente, estarán sujetos a los acuerdos establecidos en la póliza de seguros contratada.

Cargo al Tarjetahabiente / Cuentahabiente

Nombre:

Lugar y Fecha:

Instrumentos Bancarios

CONCEPTO	PERIODICIDAD	MONTO (M.N.)
PAGO DE PRIMA		
La periodicidad y el monto pueden ser variables o fijos y deberá especificarse claramente		
Afiliación No.	Monto máximo de cargo autorizado	<input type="text"/> M.N.

Uso exclusivo para planchado de tarjeta

OptiMaxx plus

Indicaciones para la Asignación de las Aportaciones entre las Alternativas de Inversión disponibles

La asignación de las aportaciones entre las Alternativas de Inversión disponibles 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 Oro%

AZ Mercados Emergentes% Otro%

***Nombre de Alternativa**

* Siempre y cuando este definida y disponible en el producto OptiMaxx plus.

Nota: La suma de los porcentajes debe ser 100%. Se podrá escribir los montos en lugar del porcentaje; en caso de que no se sume el 100%.

El importe mínimo por portafolio son 1,000 pesos.

OptiMaxx plus

De interés para el solicitante (Debe leerlo antes de firmar).

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; y E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz. 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>

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de 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 inexacta o 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.

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 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 y Firma del Titular

.....
Nombre y 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, asesoria@condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y las notas técnicas que integran estos productos de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de septiembre 2019 con el número CNSF-S0003-0318-2019/CONDUSEF-003229-04, 23 de julio 2018 con el número CNSF-S0003-0246-2018/CONDUSEF-003230-02, 26 de octubre 2018 con el número CNSF-S0003-0247-2018/CONDUSEF-003228-02.

OptiMaxx plus

Dichos montos deberán ser aplicados a los instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden establecido:

Para cargo a cuenta de cheques

Banco	Clave Bancaria Estandarizada (Clabe)																		

Para cargo a tarjeta de crédito

Número de tarjeta	Vencimiento	
	Mes	Año

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualquier causa mi(s) Tarjeta(s) de Crédito o Cuenta de Cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el(los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente la(s) aportación(es) comprometida(s) en las oficinas de Allianz México S.A., Compañía de Seguros o vía depósito o transferencia bancaria a la referencia bancaria especificada en este documento.

Estoy enterado de que en cualquier momento podré pedir al banco que me lleva la cuenta que cancele sin costo a mi cargo la Domiciliación solicitada.

El asesor/agente de seguros se obliga a verificar los datos de la Clabe o número de tarjeta de crédito o cuenta de cheques, según sea el caso, responsabilizándose de la autenticidad de éstos, de acuerdo al Art 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) correspondiente a cuenta para retiros

Institución Bancaria: Clave Bancaria

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto solicitado por mí, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgó a Allianz México, el más amplio finiquito que en derecho proceda, liberándola de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad otorgar a la aseguradora el número de cuenta bancaria correcto para que se aplique la transferencia o depósito por lo tanto, si existe un error en los dígitos de la cuenta bancaria y la transferencia o depósito se efectúa a una cuenta distinta por causas que me sean imputables, desde este momento libero de cualquier responsabilidad a Allianz México.

Anexo 1 Convenio de Adhesión

En relación con la presente Solicitud y sujeto a la aceptación de la misma por parte de Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, manifiesto mi voluntad de adherirme como Fideicomitente Adherente al Contrato de Fideicomiso 11 donde Allianz México, S.A. Compañía de Seguros División Fiduciaria, Actúa como institución fiduciaria, y cuyo objetivo es que la misma administre e invierta mis aportaciones al Fondo Individual en Administración por lo que, en este acto asumo todos los derechos y obligaciones que del mismo deriven. En virtud de lo antes expuesto acepto expresamente que (i) los Cargos establecidos en las Condiciones Generales sean cargados a mi Fondo Individual en Administración, y (ii) será mi responsabilidad elegir, las Alternativas de Inversión en las que se deberán invertir los recursos. Asimismo, señalo como Fideicomitentes en Segundo Lugar a las personas designadas como Beneficiarios en la presente Solicitud.

Nombre y Firma del Asegurado

Lugar y Fecha

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:

Checklist Línea OptiMaxx plus

Fecha: Referencia Bancaria:
 Regional:
 Agente:

Solicitud	<input type="checkbox"/>
Formato de Confirmación (original - con marca de agua)	<input type="checkbox"/>
Anexo 1, Convenio de Adhesión*	<input type="checkbox"/>
Cuestionario del Perfilamiento	<input type="checkbox"/>
Identificación del Cliente	<input type="checkbox"/>
Comprobante de Domicilio**	<input type="checkbox"/>
Conducto de Cobro:	
Tarjeta de Crédito Personalizada	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Crédito (no personalizada) y Estado de Cuenta	<input type="checkbox"/>
Estado de Cuenta y/o Contrato (cuenta CLABE)	<input type="checkbox"/>
Ficha de Depósito o Transferencia***	<input type="checkbox"/>
Carta de 2ª Póliza (Art. 93, 151 ó 185)	<input type="checkbox"/>

Para uso exclusivo de Operaciones

Revisión Compliance:

GIN	Si	N/A
Países Sancionados por la C.N.S.F.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q&Q		
Persona Políticamente Expuesta		
Funcionario Público, cónyuge o pariente hasta tercer grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monto (\$12,500 en adelante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FATCA (aplica nacionalidad estadounidense)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Solo aplica a solicitudes del Art. 151
 ** No aplica comprobante de SEPOMEX
 *** Aplica solo periodicidad Anual
 N/A No Aplica

Observaciones (solo para uso de Operaciones):