

Datos del Asegurado

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ Sexo *E-mail _____
 Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ C.P.: _____
 Colonia: _____ Estado: _____ Ciudad: _____
 Delegación: _____ Teléfono: _____ R.F.C.: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aa) Ocupación: _____ Giro o Actividad: _____
 Origen de los Recursos: _____
 ¿Usted o algún familiar ha desempeñado algún cargo público o político? Sí No
 ¿Cuál? _____ Parentesco: _____
 *Autorizo a Allianz México, S.A. Cía. de Seguros a recibir instrucciones sobre mi Fondo Individual en Administración a través de este E-mail (Correo Electrónico Autorizado). Sí No

Fondo Individual en Administración

- Monto de la Aportación Inicial. _____ M.N. _____ Dólares
 Asignación de la Aportación Inicial entre las diferentes Alternativas de Inversión.

Clave de Alternativa(*)	Porcentaje

Clave de Alternativa(*)	Porcentaje

La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%. (*) Consulta la Tabla de Alternativas de Inversión disponibles.

Cobertura de Seguros

- Cobertura Básica por Muerte Accidental Seguro de Blindaje

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.

Conducto para realizar Aportación Inicial

- Depósito o Transferencia Cheque entregado al Agente Cheque No.: _____ Banco: _____

Observaciones

Cuestionario Médico del Asegurado (completar para determinar si es sujeto al Seguro de Blindaje o al Seguro de Blindaje por Muerte Accidental)

Peso: Estatura:

1. ¿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"/>
2. ¿Ha tenido alguna enfermedad o accidente que siga requiriendo de chequeos periódicos o tratamientos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido de bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema pulmonar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿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"/>
5. ¿Ha padecido de cualquier tipo de cáncer?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿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"/>
7. ¿Ha tenido resultados positivos en exámenes de VIH SIDA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Padece o ha padecido de diabetes o hipoglucemia (azúcar baja)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿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"/>
10. ¿Ha tenido cualquier tipo de quistes o tumoraciones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Presenta actualmente síntomas o alteraciones de salud no atendidos médicamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿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"/>
13. ¿Ha estado hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. ¿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:

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 No. 100 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, para cada Aportación que realice, la Alternativa de Inversión en la que se deberán invertir los recursos. Asimismo, señalo como Fideicomitentes en Segundo Lugar a las personas designadas como Beneficiarios en la presente Solicitud.

De interés para el solicitante (favor de leer 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.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y tratados datos personales sensibles, como aquéllos que se refieren a su estado de salud. Allianz se compromete a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad.

De conformidad con lo que se establece en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Allianz requiere de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos sensibles, por lo que le solicitamos indique si acepta o no el tratamiento:

Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y firma autógrafa del titular

.....
Lugar y fecha

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>

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 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.

Por favor lea y firme, en caso de estar de acuerdo, el presente documento. Si el contenido de este documento, no concuerda con su entendimiento del producto, no lo firme y comuníquese a nuestra área de Servicio al Cliente al 5201 3182 o al 01800 1111 200 ext. 3182.

"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".

.....
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 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 22 de febrero del 2011, con el número CNSF-S0003-1115-2010 / CONDUSEF-000169-01.

Datos del Titular Solicitante

.....
Apellido Paterno

.....
Apellido Materno

.....
Nombre(s)

.....
R.F.C.

Datos de las Cuentas Bancarias para Retiros

Institución Bancaria:

No. de Cuenta:

CLABE:

En caso de que no especifique los datos anteriormente solicitados, estoy consciente de que Allianz no podrá realizar ningún retiro hasta que proporcione dichos datos, así como el comprobante de la cuenta.

Al efectuarse el depósito o transferencia a cualquiera de las cuentas y/o CLABE(s) por mi autorizada(s), por el monto solicitado, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México, S. A., Compañía de Seguros, el más amplio finiquito que en derecho proceda, liberándola de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil, penal o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad otorgar a la aseguradora el número de cuenta 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, S. A., Compañía de Seguros.

Autorizaciones Especiales

Autorizo a Allianz México S.A., Compañía de Seguros para entregar a mi Agente los Estados de Cuenta correspondientes a la póliza a la que se refiere el presente documento y de la cual soy titular.

Por último, libero de cualquier responsabilidad a Allianz México S.A., Compañía de Seguros cuando actúe en acatamiento de las instrucciones que por el presente le proporciono o bien de las instrucciones que con base en la presente le proporcione mi Agente actuando en mi nombre y representación.

Sí, estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

.....
Lugar y Fecha de Solicitud

.....
Nombre y Firma del Titular

.....
Nombre y Firma del Agente

.....
No. de Agente

Le agradecemos que haya adquirido una póliza de OptiMaxx patrimonial - Línea Premier con Allianz. Por su protección y buscando en todo momento su satisfacción como cliente, queremos estar seguros de que ha entendido los beneficios y riesgos asociados al producto.

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>

OptiMaxx patrimonial - Línea Premier Formato de Confirmación del Cliente

Le agradecemos que haya adquirido una póliza de OptiMaxx patrimonial - Línea Premier con Allianz. Por su protección y buscando en todo momento su satisfacción como cliente, queremos estar seguros de que ha entendido los beneficios y riesgos asociados al producto. Por favor lea y firme, en caso de estar de acuerdo, el presente documento. Si el contenido de este documento, no concuerda con su entendimiento del producto, no lo firme y comuníquese a nuestra área de Servicio al Cliente al 5201 3182 o al 01800 1111 200 ext. 3182.

Confirmando que mi Agente: (Nombre).

- Ha llevado a cabo una cuidadosa investigación que determina mi perfil financiero actual, así como el nivel de riesgo que deseo asumir.
- 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 cancelación o retiros.

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

- Mis aportaciones serán invertidas de acuerdo a mis instrucciones a partir del momento que Allianz reciba dichas instrucciones. En caso contrario, mis aportaciones serán invertidas en una Alternativa de Inversión en renta fija de corto plazo en pesos nominales hasta que las instrucciones sean recibidas por Allianz.
- Dependiendo del tipo de Alternativa de Inversión que haya elegido, el valor de mi inversión puede bajar o subir y que los comportamientos pasados se utilizan exclusivamente como referencia y no constituyen una garantía del desempeño futuro.
- Aún y cuando me han presentado una proyección financiera, la cual en ningún momento ha sido superior al 12% de rendimiento anual, la misma es ilustrativa y no representa una garantía del rendimiento que voy a obtener.
- No puedo realizar retiros parciales sobre el 10% de cada aportación durante los siguientes 5 años de haberla realizado.
- En caso de que desee retirar totalmente mi inversión, me haré acreedor a los cargos de instalación no incurridos a dicha fecha.
- Si mi saldo invertido es menor a 100 mil pesos, Allianz podría cancelar mi contrato.

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. Si No

Nombre y firma del Titular:

Fecha:

Confirmando que le he presentado 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.

Fecha:

Nombre y firma del Agente: