

## **OptiMaxx plus**

AIII	aliZ	. W
Referencia Bancaria		

Datos del Titular																		
Nombre(s)																		
										ĺ								
Apellido Paterno						Ape	llido N	/laterr	10									
Sexo E-mail (	correo au	torizado	)															
□ F □ M																		
Celular Teléfono Domicilio																		
Calle						1	No. Ex	ct		N	o. Int	·		C.	P			
Colonia	Colonia Estado																	
Municipio			N	acionali	dad				País	de N	Nacin	niento						
Fecha de Nacimiento	AAA	A A	ММ	D D		R.F.C:				]-[						_[		
Ocupación		(	Giro o <i>i</i>	Activida	d .				C	Origei	n de l	os Re	ecurs	os				
Principal fuente de ingres	sos 🗌 S	Salario	□н	onorario	os	☐ Neg	ocio I	Propio	o [	] Pa	trimo	nio/Al	norro	/Inve	ersiór	า	□ F	Rentas
¿Usted, su cónyuge o par o de gobierno, líder polític miembros de partidos pol	co, funcio	nario gι																
¿Cuál?	Tie	mpo o F	Periodo	·		No	mbre	•••••			·····	Pare	ntes	co				•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
Condiciones del Plan																		
Plan ☐ Art.93 Segu Periodicidad de la Aporta		a Invers Mer		□ A □ Tr		Fideico tral	omiso		☐ Ai			ucible	9		Anua	al		
Monto de la Aportación	por Per	iodo:	\$		<b>M</b> .l	N. En le	etra											
Actualización de Aporta	ciones C	ompror	netidas	s revalu	able	s con la	a infla	ción	cada	febre	ero	Sí 🗀		No				
Plazo Comprometido de Indicar el número de tran	-						15 aŕ	ĭos [	20	) año:	s 🗌	25 aŕ	ĭos (	Otro:			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	años
Tipo de Transacción		Núme	ero de <u>t</u>	ransacc	iones	S				Mont	o de	opera	aci <u>on</u>	es e	n m <u>il</u>	es		
por mes	0-3			l-6		+ de 6	6		0 - 1				0 - 50				de 50	)
Depósitos																		
Retiros																		

# Allianz México, S.A. Compañía de Seguros



## **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

**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.

# Allianz México, S.A. Compañía de Seguros



## **OptiMaxx plus**

Información de Pago
Periodicidad de pago:
*El conducto de cobro Agente, solo se admite para pólizas con periodicidad anual.
Autorización de 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 MasterCard para que, con base en el 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.
Confirmación de datos
Confirmo que la información proporcionada con respecto al conducto de cobro del cual soy titular, es correcta. En caso de que exista algún error, asumo la responsabilidad legal de haber proporcionado datos incorrectos o inexactos, por lo que libero expresamente a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, de cualquier responsabilidad que se llegue a suscitar con tal motivo y me obligo a mantener en paz y a salvo a dicha sociedad de cualquier acción legal, demanda, denuncia, reclamación o procedimiento, ya sea judicial o administrativo, interpuesto en su contra con motivo del error o inexactitud de la información proporcionada
Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) para retiros (aplica para productos de ahorro e inversión)
Cuenta CLABE:
Institución bancaria
Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto solicitado por mí,

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.

#### Allianz México, S.A. Compañía de Seguros



## **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	%
DÓLADEO					
DÓLARES  Conservador%	Balanceado%	%	Dinámico%		
EUROS  Conservador %	Balanceado %	%	Dinámico %		
DEDICADOS					
AZ China%	AZ Brasil%	%	AZ BRIC%	AZ Oro	%
AZ Mercados Emergentes	9/	%	Otro%		
		*	Nombre de Alternativa		
Clean Energy	9/	% <i>F</i>	ACWI		%
Nasdaq	9/	% (	Compañías Socialmente R	lesponsables	%

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.

<sup>\*</sup> Siempre y cuando este definida y disponible en el producto OptiMaxx plus.

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros



## OptiMaxx plus

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

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 descagra en la sección Descarga de Documentos en www.allianz.com.mx/descarga-de-documentos.

De conformidad con el artículo con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas, el Agente esta 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, fración 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, presentar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en el artículo 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 solicitud".

Autorizo al agente		a tener acceso a la información de la póliza	Sí 🗌	No 🗌
<u></u>	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 de Interior de la República 800 111 1200 ext. 3039 o enviar un correo electrónico a unidad.especializada@allianz.com.mx

Datos de la CONDUSEF: Av. Insurgente Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos: (55) 5340 0999 y 800 999 8080, www.condusef.gob.mx, sesoria@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 y a partir del día 08 de junio de 2021, con el número CGEN-S0003-0032-2021.

#### Allianz México, S.A. Compañía de Seguros

## OptiMaxx plus

#### Aviso de Privacidad

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.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y tratados los siguientes datos personales patrimoniales y sensibles: su número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) o número de Tarjeta de Crédito y Estado de Cuenta Bancario. 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 patrimoniales y sensibles, por lo que le solicitamos indique si acepta o no el tratamiento:

Consiento que mis datos personales patrimoniales señalados en el presente aviso de privacidad.	s у	sensibles	sean	tratados	conforme a	los	términos y	/ condi	ciones
Nombre y firma del Titular			•••••	Luç	gar 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