

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 A A A M M D D 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

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

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

Clean Energy% ACWI%

Nasdaq% Compañías Socialmente Responsables%

* 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)

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 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, 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, 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 ☐

.....
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.

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 y sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y firma 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>