# OptiMaxx educación Solicitud de Seguro



Datos del Titular				
Nombre(s)				
Apellido Paterno		Apellido Materno		
Sexo E-mail (correo autorizado	o)			
F M				
Celular			Teléfono	
Domicilio				
Calle		No. Ext.	No. Int.	C.P.
Colonia	Ciudad	Es	stado	
Delegación	Nacionalidad	Pa	aís de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento	M M D D	R.F.C:		
Ocupación (	Giro o Actividad		Origen de los Recu	rsos
¿Usted, su cónyuge o pariente de hasta se o de gobierno, líder político, funcionario gu miembros de partidos políticos? Sí :  ¿Cuál? Tiempo o F	ıbernamental, judio No □	cial o militar de alta jer	arquía, alto ejecutivo	·
<ul> <li>Periodicidad de la Aportación Compror</li> <li>Monto de la Aportación por periodo \$</li> <li>Actualización de Aportaciones Compro</li> <li>Asignación de Aportaciones en Alterna Distribución de Inversión"</li> <li>Plazo Comprometido de Aportaciones</li> </ul>	metidas revaluable tivas de Rendimie	M.N. En letra es con la inflación cad	a febrero Sí [ tribución definida en	el "Anexo
Coberturas				
BENEFICIOS BÁSICOS (Elegir solamente	una opción)			
<ul><li>☐ Cobertura Básica Ahorro + Cobertura B</li><li>☐ Cobertura Básica Ahorro + Cobertura B</li></ul>	·		uye Muerte Accident	al)
BENEFICIOS OPCIONALES				
Seguro por Doble Aportación	Sí 🗆 No 🗆			
Seguro Complementario de Vida	Sí 🗆 No 🗆	☐ 250,000 M.N.	□ 500,000 M.N.	□ 750,000 M.N.
		☐ 1,000,000 M.N.	☐ Otro	

## OptiMaxx educación Solicitud de Seguro



Decignación	de Reneficia	rio de la	Cohertura	Básica Ahorro
Designation	i de Dellellola	no de la	Copertura	Dasica Anonc

El Beneficiario Irrevocable de la Cobertura Básica Ahorro será el Fideicomiso número

Designación de Beneficiarios del Seguro Complementario de Vida y de la Cobertura Básica por Muerte Accidenta
--

Nombre del Beneficiario	Parentesco	% sobre Suma Asegurada

**Total 100%** 

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar 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 durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra 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 educación Solicitud de Seguro



Cuestionario Médico del Titular (completar únicamente si se ha solicitado la Cobertura Básica por Fallecimiento e Invalidez y/o Beneficios Opcionales)

	Kg Estatura: Mts	
¿Padece o ha padecio circulación o presión a:	do de insuficiencia cardiaca, infartos, dolor en pecho o tórax, trastornos de l rterial alta?	a Sí □ No □
3. ¿Ha tenido alguna enfe	rmedad o accidente que siga requiriendo de chequeos periódicos o tratamientos	? Sí □ No □
4. ¿Padece o ha padecido	o de bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema pulmonar?	Sí □ No □
5. ¿Padece o ha padeci esófago colon o recto?	do de úlcera de estómago o intestino, gastritis, hernias, enfermedades de	Sí 🗆 No 🗆
6. ¿Ha padecido de cualq	uier tipo de cáncer?	Sí 🗆 No 🗆
7. ¿Padece o ha padecido páncreas?	Sí 🗆 No 🗆	
8. ¿Ha tenido resultados	positivos en exámenes de VIH SIDA?	Sí □ No □
9. ¿Padece o ha padecido	o de diabetes o hipoglucemia (azúcar baja)?	Sí 🗆 No 🗆
10. ¿Ha tenido resultados tomografía, rayos x o e	anormales en pruebas de laboratorio o diagnósticos (ultrasonido, resonancia lectrocardiogramas)?	a, Sí 🗆 No 🗆
11. ¿Ha tenido cualquier tip	po de quistes o tumoraciones?	Sí 🗆 No 🗆
12. ¿Presenta actualmente	Sí □ No □	
13. ¿Padece o ha padece en este cuestionario?	s Sí □ No □	
14. ¿Ha estado hospitaliza	Sí 🗆 No 🗆	
15. ¿Practica algún deport	e peligroso? / ¿Cuál?	Sí 🗆 No 🗆
En caso de respuesta(s) a	firmativa(s) amplíe la información	
Pregunta	Enfermedad o Lesión Fecha	Estado Actual
Si requiere mayor espacio ր fecha y firma.	para agregar o ampliar sus respuestas, favor de agregarlas en una hoja anexa	a ésta, la cual incluya
Hábitos del Titular		
¿Fuma? Ca	ntidad Diaria ¿Desde cuándo?	
¿Cada cuándo ingiere bebi	das alcohólicas? ¿Cuánto? Tipo	
¿Consume o ha consumido	algún tipo de droga o estimulante? Clase	
Fecha de último consumo		

## OptiMaxx educación Solicitud de Seguro



#### Indicaciones para la asignación de las aportaciones entre las Alternativas de Rendimiento 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 Mercados	s

<sup>\*</sup> Nota: La suma de los porcentajes debe ser 100%.

## OptiMaxx educación

Solicitud de Seguro



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.

## OptiMaxx educación

Solicitud de Seguro



#### Cesión de Derechos

Una vez aceptada esta solicitud y emitida la Póliza de Seguro, el Titular otorga su consentimiento para que los derechos correspondientes a la Cobertura Básica Ahorro, sean aportados mediante cesión de derechos al Fideicomiso Educacional que se celebre con Allianz México, S.A., Compañía de Seguros División Fiduciaria para este fin. El Fiduciario acepta la presente cesión al suscribir el Fideicomiso antes mencionado.

Se entenderá por derechos correspondientes a la Cobertura Básica Ahorro en términos de las Condiciones Generales los siguientes: a) Decidir sobre la asignación de las aportaciones entre las diferentes Alternativas de Rendimientos, así como realizar traspasos entre las mismas; b) Solicitar y recibir los recursos correspondientes a los Retiros parciales o totales de la Reserva por Supervivencia.

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

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del 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 declaración inexacta o la 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.

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.

Acepto recibir de forma electrónica la documentación contractual en formato PDF	☐ Sí acepto
(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	□ No acepto
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.	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 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 🗆	
Lugar y Fecha de Solicitud	Nombre del Titular	Firma	a del Titul	ar	
Nombre del Agente	Firma del Agente		de Agent		

### OptiMaxx educación Solicitud de Seguro



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, asesoría@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 este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de octubre 2018, con el número CNSF-S0003-0161-2018/CONDUSEF-003170-05 y a partir del día 08 de junio de 2021, con el número CGEN-S0003-0032-2021

## OptiMaxx educación Solicitud de Seguro

Allianz (II)

#### 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 estado de salud pasado y presente, su número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) o 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:

Nombre y firma del Titular	 Lugar v 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