Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

OptiMaxx educación

Solicitud de Seguro

Allianz

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 .....

Delegación ..... Nacionalidad ..... País de Nacimiento .....

Fecha de Nacimiento A 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 .....

Aportación Comprometida al Plan

☐ Periodicidad de la Aportación Comprometida ☐ 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 ☐

☐ Asignación de Aportaciones en Alternativas de Rendimiento con base en la distribución definida en el "Anexo Distribución de Inversión"

☐ Plazo Comprometido de Aportaciones ☐ 5 años ☐ 10 años ☐ 15 años ☐ 20 años ☐ 25 años ☐ Otro .....

Coberturas

BENEFICIOS BÁSICOS (Elegir solamente una opción)

☐ Cobertura Básica Ahorro + Cobertura Básica por Muerte Accidental

☐ Cobertura Básica Ahorro + Cobertura Básica por Fallecimiento e Invalidez (incluye Muerte Accidental)

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 .....

Designación de Beneficiario de la Cobertura Básica Ahorro

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

Blvd. Manuel Ávila Camacho 164, Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010 Tel.: 5201 3000, Lada sin Costo: 01 800 11 11 200 • www.allianz.com.mx

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

Nombre del Beneficiario	Parentesco	% sobre Suma Asegurada

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.

Conducto para realizar Aportaciones

☐ Cargo a Tarjeta de Crédito ☐ Domiciliación a Cuenta Bancaria ☐ Depósito o Transferencia (únicamente pago semestral o anual)

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

1. **Peso:**.....**Kg** **Estatura:**..... **Mts**	
2. ¿Padece o ha padecido de insuficiencia cardiaca, infartos, dolor en pecho o tórax, trastornos de la circulación o presión arterial alta?	Sí ☐ No ☐
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad o accidente que siga requiriendo de chequeos periódicos o tratamientos?	Sí ☐ No ☐
4. ¿Padece o ha padecido de bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema pulmonar?	Sí ☐ No ☐
5. ¿Padece o ha padecido de úlcera de estómago o intestino, gastritis, hernias, enfermedades del esófago colon o recto?	Sí ☐ No ☐
6. ¿Ha padecido de cualquier tipo de cáncer?	Sí ☐ No ☐
7. ¿Padece o ha padecido de hepatitis, cirrosis, pancreatitis o cualquier otra enfermedad del hígado o del páncreas?	Sí ☐ No ☐
8. ¿Ha tenido resultados positivos en exámenes de VIH SIDA?	Sí ☐ No ☐
9. ¿Padece o ha padecido de diabetes o hipoglucemia (azúcar baja)?	Sí ☐ No ☐
10. ¿Ha tenido resultados anormales en pruebas de laboratorio o diagnósticos (ultrasonido, resonancia, tomografía, rayos x o electrocardiogramas)?	Sí ☐ No ☐
11. ¿Ha tenido cualquier tipo de quistes o tumoraciones?	Sí ☐ No ☐
12. ¿Presenta actualmente síntomas o alteraciones de salud no atendidos médicamente?	Sí ☐ No ☐
13. ¿Padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad o lesión diferente a las preguntadas en este cuestionario?	Sí ☐ No ☐
14. ¿Ha estado hospitalizado?	Sí ☐ No ☐
15. ¿Practica algún deporte peligroso? / ¿Cuál?	Sí ☐ No ☐

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 .....

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):

Autorizo a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o 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.

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 (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 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 ☐

.....	.....	.....
Lugar y Fecha de Solicitud	Nombre del Titular	Firma del Titular
.....	.....	.....
Nombre del Agente	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, 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 a este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 5 de noviembre del 2010, con el número CNSF-S0003-0650-2010.