



ZURICH

# Solicitud de vida individual simplificada

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

## Datos del solicitante

|                                     |                                    |                                                                      |                                    |              |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Nombre de la empresa donde trabaja  |                                    | PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS                          |                                    |              |
|                                     |                                    | Clave de empresa                                                     | Edad máxima de aceptación          |              |
| Nombre del solicitante              |                                    | Clave de nómina                                                      |                                    |              |
| Lugar de nacimiento                 | Fecha de nacimiento                | Sexo                                                                 | Edad                               | Estado civil |
|                                     | Día   Mes   Año                    | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |                                    |              |
| Domicilio particular                |                                    |                                                                      |                                    |              |
| Calle y número                      |                                    | Colonia                                                              |                                    |              |
| Ciudad / Estado                     |                                    | C.P.                                                                 |                                    |              |
| Descripción de su ocupación         |                                    |                                                                      | Teléfonos (particular y/u oficina) |              |
|                                     |                                    |                                                                      |                                    |              |
| Forma de pago                       |                                    |                                                                      | Ingreso anual                      |              |
| <input type="checkbox"/> Anual      | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Descuento por nómina                        |                                    |              |
| <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> Mensual   | Monto mensual a descontar \$ _____                                   | \$ _____                           |              |

## Datos del seguro

| Coberturas | Suma asegurada | ¿Fuma usted?                                            | ¿Qué cantidad? |
|------------|----------------|---------------------------------------------------------|----------------|
|            |                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Al día         |
|            |                | Si dejo de fumar ¿Cuál fue la causa?                    |                |
|            |                |                                                         |                |
|            |                | ¿Ingiere bebidas alcohólicas?                           | clase          |
|            |                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                |
|            |                | Cantidad                                                | Frecuencia     |
|            |                |                                                         |                |

Exclusión: Queda excluido el fallecimiento cuando se tenga conocimiento o se demuestre que el asegurado manifestaba el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) al contratar el seguro.

### Riesgos excluidos que pueden cubrirse mediante convenio expreso para muerte accidental:

- Riesgos Deportivos: motociclismo, automovilismo, vuelo sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve y agua, tauromáquia y charrería.
- El riesgo en aeronaves que no sean de línea comercial en trayecto fijo.
- Los riesgos ocupacionales en los que este expuesto al uso de explosivos, armas de fuego, radiaciones y sustancias químicas.

## Beneficiarios

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 efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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 una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

| Nombres | Parentesco (Para efectos de identificación) | Porcentaje % |
|---------|---------------------------------------------|--------------|
|         |                                             |              |
|         |                                             |              |
|         |                                             |              |

(Para aspectos internos de la compañía)

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| Nombre del agente | Firma | Clave |
|-------------------|-------|-------|

190107ISRAPA



ZURICH

# Solicitud de vida individual simplificada

## Cuestionario médico

- 1. ¿Ha padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad que haya ameritado hospitalización? Si  No
- 2. ¿Ha padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad que haya ameritado tratamiento médico de más de 15 días? Si  No
- 3. ¿Ha sufrido algún accidente cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad? Si  No
- 4. ¿Ha sufrido alguna enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad? Si  No
- 5. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, o esta sujeto a algún tratamiento médico? Si  No
- 6. En usted o su familia ¿Se ha detectado cancer, diabetes o infarto? Si  No
- 7. En los últimos tres años ¿Se le han detectado quistes, pólipos o alguna otra tumoración? Si  No
- 8. ¿Ha sido internado en algún hospital o sanatorio para diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico, o alguna complicación? Si  No
- 9.-¿Padece actualmente de alguna afección o lesión? Si  No

¿Cuál es su estatura?  m. ¿Cuál es su peso?  kg.

¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?  Aumento  kg.

Disminución  kg. Causa

Si es mujer, ¿actualmente está embarazada?  ¿Cuántos meses de gestación?

Ante cualquier respuesta afirmativa favor de dar información, precisando fechas.

| Pregunta | Padecimiento | Duración | Fecha | Estado actual |
|----------|--------------|----------|-------|---------------|
|          |              |          |       |               |
|          |              |          |       |               |
|          |              |          |       |               |
|          |              |          |       |               |

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 que tenga referencia este cuestionario como los conozca o deba conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto si fuera necesario, a practicarme un examen médico por cuenta de Zurich Vida si lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Zurich Vida todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcionen los datos mencionados a Zurich Vida. esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento que Zurich Vida lo considere oportuno.

Así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud.

En lo referente a los dividendos en administración, otorgo mi consentimiento para que Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., a través de la cuenta de fondos en administración que tiene establecida, invierta, reinvierta y administre los dividendos, dotales a que tuviera derecho por la póliza que se emita con base en esta solicitud de seguro.

Así mismo, doy la autorización a mi empresa para que sea descontado de mi nómina, el importe correspondiente a la prima del seguro y a "Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A.", para cubrir cualquier prima no pagada de la póliza que se emita, con cargo al fondo de administración que existiere a mi favor.

Firmado en:

a  de  de

Firma del solicitante

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 38B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por oficio No. 06-367-I-1.1/34046 EXP. 732.1 (S - 170)/1 de fecha 24 de noviembre de 1997.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. • Blvd. Manuel Avila Camacho No. 126 Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Tel. 5284 1000 5284 1042 Fax: 5202 3467