

**I. Datos del Asegurado**

Nombre: JUAN SEBASTIAN Apellido Paterno: ROBLES Apellido Materno: DE LA CRUZ  
 Fecha de Nacimiento: 14/07/1995 Nacionalidad: México Sexo: MASCULINO  
 RFC: ROCJ9507143E3  
 Calle: Xocotitla No. Exterior: 84 No. Interior: -  
 Colonia: XOCOTITLA Delegación o Municipio: XOCHIATIPAN  
 C.P.: 43093 Estado: HIDALGO País de nacimiento: MÉXICO  
 Teléfono móvil: 3310511517 Correo Electrónico: sebastrc90@gmail.com  
 \*Autorizo a Allianz México, S.A. Cía de Seguros a recibir instrucciones sobre mi Fondo Individual en Administración a través de este E-mail (Correo Electrónico Autorizado). ☒ Sí ☐ No

**II. Información Laboral/Financiera**

Giro o Actividad: Sistemas  
 Ocupación: INGENIERO ( CUALQUIER ESPECIALIDAD )  
 Origen de recursos: HONORARIOS/SUELDO  
 Principal Fuentes de Ingresos: Salario  
 No. Serie Certificado Digital (FEA): 0.0  
 ¿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

**III. Condiciones del plan**

Monto de la Aportación: \$2,000.00 ☒ Moneda Nacional  
 Actualización de Aportaciones Comprometidas revaluables con la inflación cada febrero ☐ Sí ☒ No  
 Periodicidad de la Aportación: MENSUAL Plazo del Fondo en Administración: 25 AÑOS  
 Monto Anual: \$24,000.00 Suma Total Comprometida: \$600,000.00  
 Tipo de Inversionista: ☐ Conservador ☐ Moderado ☒ Agresivo  
 Asignación de la Aportación entre las diferentes Alternativas de Inversión:

Tipo - Divisa	Monto
DINÁMICO DÓLARES INICIAL	\$2,000.00

Estimación de Aportaciones y Retiros Mensuales: \$2,000.00

**PERFIL TRANSACCIONAL****Estimación de Depósitos Mensuales**

0 a 3 Transacciones por Mes

De 0 a 500 Mil Pesos

**Estimación de Retiros Mensuales**

0 a 3 Transacciones por Mes

De 0 a 500 Mil Pesos

**IV. Coberturas básicas****BENEFICIOS BÁSICOS**☒ MUERTE ACCIDENTAL

Prima única de 500 pesos y se descontará de la primer aportación.

**V. Designación de Beneficiarios**

La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%.

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje
Sergio JOSE robles De la Cruz	HERMANO	100.0

**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.

## VI. Documentos Registrados

☒ PASAPORTE VIGENTE

☒ CREDENCIAL PARA VOTAR (IFE O INE)

Autorizo al Agente a tener acceso a la información de la póliza

☒ Sí

☐ No

## VII. Método de Autenticación y Confirmación de Solicitud de Póliza

☒ Autenticación Biométrica vía Reconocimiento Facial.

☐ Autenticación vía Correo Electrónico y Número Telefónico.

☐ Confirmación de Solicitud de Póliza con Firma Electrónica.

## VIII. Estados de Cuenta

Los estados de cuenta serán entregados a través del Portal de Clientes de Allianz

## IX. Conducto para Realizar Aportación

☐ Tarjeta de Crédito

☒ Cuenta CLABE

Cuenta CLABE: 137296103412125160

Institución Bancaria: BanCoppel, S.A.

En caso de que el depósito sea con cheque tendrá que ser a nombre de Allianz México, S.A. Compañía de Seguros y quedará aplicado salvo buen cobro. Al reverso deberá anotarse la referencia bancaria. Cualquier transferencia o depósito deberá de efectuarse a las cuentas de Allianz: Cta. Banamex 0870-0587933 (Clabe 002 180 08700587933 9), Cta. Bancomer CIE-776750 y Cta. Scotiabank 001-00911216 (Clabe 044 180 00100911216 2), siendo indispensable anotar en la referencia el número de folio indicado en esta solicitud.

## X. Autorización de Cargo Automático en Tarjeta de Crédito o Cuenta de Cheques

Solicito que el medio de cobro para mi póliza sea:

☐ Vía depósito o transferencia bancaria (únicamente pólizas con forma de pago anual o semestral).

☐ Cargo automático a Tarjeta de Crédito.

☒ Cargo automático a Cuenta de Cheques por medio de Cuenta CLABE.

Institución Bancaria: BANCO BANCOPPEL

Clave Bancaria: 137296103412125160

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, SA integrante del Grupo Financiero Banamex o a aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard para que, con base al 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.

## **XI. Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) correspondiente a cuenta para retiros**

Institución Bancaria:

Clave Bancaria:

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.

## **XII. 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; y E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y tratados los siguientes datos personales sensibles: características biométricas de su rostro, su estado de salud y su número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE). Allianz se compromete a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad.

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>

Finalmente, y 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 sensibles, por lo que le solicitamos indique si acepta o no el tratamiento:

☒ Sí consiento el tratamiento de mis datos.

### XIII. De Interés Para El Solicitante

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

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](http://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”.**

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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx), [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, las documentaciones contractuales 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 de 2019, con el número CNSF-S0003-0318-2019/CONDUSEF-003229-04.

Solicitud validada por el usuario DAF CESAR ADRIAN RODRIGUEZ VEGA - clave: 006965

Firmado con huella Biométrica\* (identificación facial) desde el equipo:

Marca: samsung

Modelo: SM-A015M

Número de Serie: unknown

\*La huella Biométrica, para efectos de comprobación posterior, queda en poder de Allianz México Compañía de Seguros.

Firmado con huella Biométrica cerca de:

Calle: Xocotitla Número: 84

Colonia: XOCOTITLA

Código Postal: 43093

Estado: HIDALGO

**Allianz México, S.A.**  
Compañía de seguros  
17/08/2021

OPTIMAXX PLUS ART. 93  
SOLICITUD DE EMISIÓN  
JUAN SEBASTIAN ROBLES DE LA CRUZ

**Allianz**   
**Referencia Bancaria: 20392163**

Nombre y firma del asegurado: JUAN SEBASTIAN ROBLES DE LA  
CRUZ

Lugar y fecha: 17/08/2021