

Formato de aviso de accidente y/o enfermedad



1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
 2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
 3. Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
 4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

sola tinta.				
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.				
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.				
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.				
<input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico <input type="checkbox"/> Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario <input type="checkbox"/> Reembolso				
Nombre o Razón Social del Contratante				
Nombre del Titular (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))		Estado Civil	Sexo	Fecha de nacimiento
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DD MM AAAA
Nacionalidad	País de nacimiento	Ocupación	No. de Póliza	No. de Certificado
Domicilio de Contacto (Calle, Núm. ext., Núm. int., Delegación o Municipio, C.P., Estado)				
E-mail del Asegurado Titular y/o Afectado		Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA Casa		
Teléfono (s) para contacto, favor de incluir LADA Oficina		Móvil	Otro	
Tipo de evento				
<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo	
En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro de auto Nombre de la compañía de seguros		No. de Póliza		
Tipo de reclamación				
<input type="checkbox"/> Inicial (es la primera vez que presenta gastos por este evento)		<input type="checkbox"/> Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento en esta Aseguradora u otra Compañía)		
En caso de reclamación complementaria, favor de indicar Diagnóstico		Compañía		
No. de siniestro		Fecha de los primeros síntomas del evento DD MM AAAA		Fecha de la primera atención médica DD MM AAAA
Describa el motivo de la atención médica				
¿Dónde ocurrió y/o dónde fue atendido?				
Si es Accidente, Autoridad que tomó conocimiento				
En caso de aplicar, indique Hospital en el que fue atendido			Días de estancia	
Documentos a presentar: 1. Copia de la actuación del Ministerio Público (en caso de accidente). 2. Copia de la Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, Pasaporte, y en caso de menores de 5 años Acta de nacimiento).				
En los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consciente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía Aseguradora, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para evaluación. Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de su conocimiento. Releo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha información. Por lo anterior, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.				
Al informar sus datos personales generales y sensibles en éste documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx .				

Nombre y Firma del Asegurado afectado.

(tratándose de un menor de edad, deberá firmar el Asegurado Titular)

El presente formato está registrado ante la CNSF, por la Institución de Seguros correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., Corporativo Antara I, Ejército Nacional 843-B, Col. Granada, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11520, México D.F.



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRÁMITE DE ENFERMEDADES GRAVES AMERICAN EXPRESS

Neoplasia Maligna (Cáncer)

DOCUMENTACION		Enfermedades Graves
1	Aviso de Enfermedad original, Requisitado y firmado por el reclamante.	X
2	Informe Médico original, requisitado en su totalidad por el Oncólogo o Médico que diagnosticó la enfermedad.	X
3	Estudio de histopatología, resultado de patología o informe del médico patólogo original, donde se evidencie el diagnóstico.	X
4	COPIA por ambos lados de la identificación oficial del titular asegurado (a) (credencial del IFE, pasaporte, cédula profesional o cartilla militar), visible, legible y actualizada.	X
5	COPIA simple de Póliza Zurich**	X
6	COPIA de comprobante de domicilio actualizado y no mayor a 3 meses.	X
7	Formato de pre-finiquito y pago por transferencia original Requisitado y firmado por el reclamante.	X
8	Identificación de clientes al siniestro Art.492 LISF, llenado y firmado por el reclamante	X

NOTA: Toda la documentación que ingresa a Zurich servirá de respaldo de la indemnización por lo que no será devuelta.

**Opcional



Formato para solicitud de pago-finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y Enfermedades

Por medio de la presente solicito y autorizo a Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., para que el Pago de los comprobantes adjuntos **cubiertos en la póliza de seguro contratada con dicha compañía de seguros**, me sean depositados en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del Banco:

No. de Cuenta CLABE: (18 dígitos)

Nombre completo del titular de la cuenta bancaria:

R. F. C.

Nota: Estimado Asegurado, es importante que escriba el número de cuenta completo (no deberá quedar ningún espacio en blanco). Escribir un solo número de cuenta, esto con el propósito de ayudarnos a servirle como usted se merece. Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto y no incurrá en el pago de garantías ni en ninguna responsabilidad. La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza en transacciones interbancarias. Es necesario en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el Titular de la póliza y firme en ella de manera independiente.

Con el comprobante de transferencia exitosa (digital o físico) a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago, y otorgo a Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este/estos reclamo(s), por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercitar en contra de Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A.

Número de Póliza:

Ramo:

Certificado:

Nombre del Afectado:

Nombre del Titular:

No. de recibos y/o facturas

Suma de recibos y/o facturas

Sólo para este Trámite

Todos los trámites de este Siniestro

1. El Asegurado libera a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el siniestro indemnizado.
2. El Asegurado no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. El Asegurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta, si así lo desea, ejerza derechos o acciones en contra de terceros responsables del siniestro. El Asegurado se obliga a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el siniestro indemnizado.
4. El Asegurado acepta y reconoce que, con el/los pago(s) recibido(s) en la cuenta bancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorga el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora condicionado a la comprobación de la indemnización mediante el comprobante (digital o físico); de lo contrario, éste y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.
5. Declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información aquí vertida corresponde a la realidad, haciéndome responsable de la misma y liberando a Zurich Vida Compañía de Seguro, S.A. de su uso para los fines de este finiquito.

Méjico D.F. a

del mes de

del 20

RECIBI
Nombre del Titular y firma de conformidad y aceptación

RECIBI
Nombre del Afectado y firma de conformidad y aceptación

Informe Médico



1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no sé aceptan cambios posteriores.

Fecha	DD	MM	AAAA
Lugar			

Datos del Asegurado Afectado (Paciente)

Nombre del Titular (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))

Edad

Sexo F M Nacionalidad

País de nacimiento

Tipo de evento

Accidente Enfermedad Embarazo

Información clínica

(Describa patologías, y/o realización de cirugía, y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos

Cáncer DD MM AAAA	Diabetes Mellitus DD MM AAAA	Hepáticos DD MM AAAA
Obesidad DD MM AAAA	Cardiacos DD MM AAAA	Hipertensivos DD MM AAAA
Neurológicas DD MM AAAA	VIH/SIDA DD MM AAAA	Otro DD MM AAAA

Especifique enfermedad

Mencione cirugías realizadas Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)

¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad)

En caso de que aplique, señalar

AGO- Antecedentes Gineco-Obstétricos

Fum Parto (s) Aborto (s) No. de embarazo (s)
 Cesarea Otro (s)

AP- Atención Perinatales

Padecimiento actual

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento

Fecha de primeros síntomas del padecimiento

DD | MM | AAAA

Fecha de primera consulta por este padecimiento

DD | MM | AAAA

Fecha de diagnóstico de este padecimiento

DD | MM | AAAA

Diagnóstico(s)

Causa/Etiología del padecimiento

Tipo de Padecimiento

Congénito Adquirido Crónico Agudo Tiempo de evolución del padecimiento

¿Tiene relación con otro padecimiento?

Si No

¿Cuál?

¿El origen del padecimiento es primario?

Si No

Especifique

¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad?

Si No Parcial

Total

Desde

DD | MM | AAAA

Hasta

DD | MM | AAAA

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?			Favor de especificar el tipo de tratamiento
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
EF- Exploración Física y Resultados de estudios realizados			
Talla cm.	Peso Kg.	T/A mm/Hg.	Señale los datos relevantes de la exploración física
Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico			

Tratamiento			
Descripción del tratamiento			
En caso de tratamiento Médico, favor de indicar fecha de inicio DD MM AAAA			
En caso de tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento			
En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha DD MM AAAA			¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Favor de describir complicaciones			
Sitio de Atención (nombre del Hospital, Clínica, etc)		Ciudad	
Tipo de estancia: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatorio		Fecha de Ingreso DD MM AAAA	

Datos generales del médico tratante			
Nombre del Médico (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))			RFC
Especialidad			No. de Afiliación con la Aseguradora
Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad/Certificación		E-mail
Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA		Teléfono celular	
¿Es Médico de convenio de la Aseguradora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre(s) y especialidad del (los) Médico(s) que participa(n) y en caso de no ser Médico de convenio, indicar su presupuesto de honorarios.			
			Presupuesto
Cirujano			
Anestesiólogo			
Primer Ayudante			
Segundo Ayudante			
Otro(s) Médico(s)			

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA".

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos de gastos imprecidentes.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en éste documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx.

Nombre y Firma del Médico Tratante.

Zi fJW '7 ca dU]UXYgY[i fcg'G5 "#Nurich Vida Compañía de Seguros S.A.
Identificación de Clientes al Siniestro - Art. 492 LISF.



NO SINIESTRO

POLIZA / ITEM / RAMO

Persona Física de Nacionalidad Extranjera

DATOS DEL CONTRATANTE ASEGURADOS

1 NOMBRE:			
2 DOMICILIO (COMPLETO)			
3 FECHA DE NACIMIENTO	AÑO MES DIA	4 NACIONALIDAD	5 PAÍS DE NACIMIENTO
6 ¿ES RESIDENTE DE ESTADOS UNIDOS O TERRITORIOS ASOCIADOS? SI NO	¿TIENE OBLIGACIONES FISCALES/TRIBUTARIAS EN ESTADOS UNIDOS O TERRITORIOS ASOCIADOS? SI NO		INDICAR TAX ID
7 DOMICILIO EN QUE PUEDE UBICARSE MIENTRAS PERMANECE EN TERRITORIO NACIONAL	(CALLE, NUMERO, COLONIA, C. P., DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA)		
8 TIENE SU RESIDENCIA EN ALGUN PAÍS FUERA DE MÉXICO? SI NO	EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR _____		

DATOS DEL BENEFICIARIO / TERCERO

1 NOMBRE:			
2 DOMICILIO (COMPLETO)			
3 FECHA DE NACIMIENTO	AÑO MES DIA	4 NACIONALIDAD	6 PAÍS DE NACIMIENTO
6 ¿ES RESIDENTE DE ESTADOS UNIDOS O TERRITORIOS ASOCIADOS? SI NO	¿TIENE OBLIGACIONES FISCALES/TRIBUTARIAS EN ESTADOS UNIDOS O TERRITORIOS ASOCIADOS? SI NO		INDICAR TAX ID
7 DOMICILIO EN QUE PUEDE UBICARSE MIENTRAS PERMANECE EN TERRITORIO NACIONAL	(CALLE, NUMERO, COLONIA, C. P., DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA)		
8 TIENE SU RESIDENCIA EN ALGUN PAÍS FUERA DE MÉXICO? SI NO	EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR _____		
9 ES USTED PEP Ó GUARDA RELACIÓN POR PARENTESCO O CONSANGUINIDAD O AFINIDAD HASTA EL SEGUNDO GRADO CON UN PEP SI NO	SEÑALAR NOMBRE Y CARGO: _____		

DOCUMENTOS A COTEJAR CONTRA ORIGINAL Y SOLICITADOS EN COPIA AL CONTRATANTE, BENEFICIARIO O TERCERO (LEGIBLES)

- 1 PASAPORTE Y/O DOCUMENTO QUE ACREDITE SU LEGAL ESTANCIA EN TERRITORIO MEXICANO

PASAPORTE, FMT, FM2, FM3, DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL

LOS ANTERIORES DATOS FUERON PROPORCIONADOS EN ENTREVISTA CON EL CLIENTE

1 NOMBRE DEL AGENTE	
2 CLAVE DEL AGENTE	
3 FIRMA DEL AGENTE	

1 Antes Artículo 140 de la LGISMS

2 PEP aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos. Se asimilan a las Personas políticamente expuestas, el cónyuge y las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como los asociados cercanos de la Persona políticamente expuesta

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx

Zurich Compañía de Seguros S.A. / Zurich Vida Compañía de Seguros S.A.
 Identificación de Clientes al Siniestro - Art. 492¹ LISF.

NO SINIESTRO

POLIZA / ITEM / RAMO



Persona Física de Nacionalidad Mexicana

DATOS DEL CONTRATANTE ASEGURADOS

1 NOMBRE:

APPELLIDO PATERNO, APPELLIDO MATERNO, NOMBRE (S)

2 DOMICILIO (COMPLETO)

(CALLE, NUMERO, COLONIA, C.P., DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA)

3 FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA

4 NACIONALIDAD

5 PAÍS DE NACIMIENTO

6 OCUPACIÓN O PROFESIÓN

7 ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO

8 TELEFONO EN QUE PUEDA LOCALIZARSE

(LADA) TELEFONO

9 CORREO ELECTRÓNICO

EN CASO DE CONTAR CON EL

10 REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE

EN CASO DE CONTAR CON EL

11 CURP

EN CASO DE CONTAR CON EL

12 FIRMA ELECTRONICA AVANZADA

EN CASO DE CONTAR CON EL

DATOS DEL BENEFICIARIO TERCERO

1 NOMBRE:

APPELLIDO PATERNO, APPELLIDO MATERNO, NOMBRE (S)

2 DOMICILIO (COMPLETO)

(CALLE, NUMERO, COLONIA, C.P., DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD O POBLACION Y ENTIDAD FEDERATIVA)

3 FECHA DE NACIMIENTO

AÑO Mes Día

4 NACIONALIDAD

6 PAÍS DE NACIMIENTO

5 OCUPACIÓN O PROFESIÓN

7 ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO

8 TELEFONO EN QUE PUEDA LOCALIZARSE

(LADA) TELEFONO

9 CORREO ELECTRÓNICO

EN CASO DE CONTAR CON EL

10 REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE

EN CASO DE CONTAR CON EL

11 CURP

EN CASO DE CONTAR CON EL

12 FIRMA ELECTRONICA AVANZADA

EN CASO DE CONTAR CON EL

13 Es usted PEP² ó guarda relación por parentesco o consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con un PEP SI NO
 EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR:

NOMBRE

CARGO

DOCUMENTOS COTEJADOS CONTRA ORIGINAL Y SOLICITADOS EN COPIA AL ASEGURADO (LEGIBLES)

1 IDENTIFICACION PERSONAL VIGENTE EN DONDE APAREZCA FOTOGRAFIA, DOMICILIO Y FIRMA

3 CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL
 (EN CASO DE CONTAR CON ELLA)

IFE, PASAPORTE, CEDULA PROFESIONAL, INSEN/INAPAM, CARTILLA SMN, TARJETA MILITAR, ILCENCIA DE CONDUCIR, CERTIFICACDO DE MATRICULA CONSULAR, IMSS, INSTITUCION PUBLICA MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR, ESTIDAD FEDERAL ESTATAL O MUNICIPAL

4 COMPROBANTE DE DOMICILIO EN CASO DE NO SEÑALARSE EN LA IDENTIFICACIÓN

LUZ, SUMINISTRO DE AGUA, IMPUESTO PREDIAL,
 ESTADO DE CUENTA, GAS NATURAL,
 CONTRATO DE ARRENDAMIENTO REGISTRADO ANTE AUTORIDAD COMPETENTE

2 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
 (EN CASO DE CONTAR CON ELLA)

TODOS LOS COMPROBANTES CON UNA VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES DE SU FCHA DE EMISIÓN.

EN CASO DE EXISTIR APoderados

1 ORIGINAL DE LA CARTA PODER O COPIA CERTIFICADA DE DOCUMENTO EXPEDIDO POR FEDATARIO PUBLICO, QUE ACREDITE LAS FACULTADES CONFERIDAS AL APoderado

2 IDENTIFICACION PERSONAL DEL APoderado (IGUAL AL PUNTO 1)

3 COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL APoderado (IGUAL AL PUNTO 4)

LOS ANTERIORES DATOS FUERON PROPORCIONADOS EN ENTREVISTA CON EL CLIENTE

1 NOMBRE DEL AGENTE

3 FIRMA DEL AGENTE

¹ Antes Artículo 140 de la LGISMS

² PEP aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos. Se asimilan a las Personas políticamente expuestas, el cónyuge y las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como los asociados cercanos de la Persona políticamente expuesta

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismo se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo eta en www.zurich.com.mx