

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Solicito de Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, en mi carácter de contratante, una póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Temporal renovable anualmente, para lo cual hago las siguientes declaraciones:

Datos del Contratante

Nombre de la Razón Social del que será el contratante de la póliza:.....

No. de Póliza de renovación:.....

Régimen Fiscal del Contratante ☐ Persona Moral ☐ Persona Física con Actividad Empresarial Otro(Especificar).....

Domicilio Fiscal .....

Teléfono..... R.F.C.....

Forma de pago de primas: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Conducto de Pago: ☐ Agente ☐ Otro (Especificar) .....

¿Quién proporciona los recursos para el pago de primas? ☐ Contratante ☐ Otro (Especificar) .....

Relación Contratante Asegurado: ☐ Patrón-Empleado ☐ Empresa Cliente  
☐ Asociación-Asociado ☐ Otro Cuál?.....

Número de personas que integran la empresa..... Número de personas que integran el grupo asegurado .....

Elegibilidad .....

Giro de la empresa.....

Características del Grupo asegurable: ☐ Empleados ☐ Sindicato ☐ Unión o agrupación de trabajadores ☐ Obreros  
☐ Asociación civil ☐ Otro (Especificar).....

Descripción de la posibilidad de catástrofe con relación a las actividades del grupo asegurable .....

Anexar relación de siniestralidad actual en caso de solicitar pago de complementos de siniestros actualmente abiertos. Es importante incluir una relación de los mismos con nombre del afectado, sexo, edad, padecimiento, fecha del primer gasto, total erogado, Suma Asegurada remanente en hoja membretada de la Aseguradora actual.

Subgrupo 1

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada	
Suma Asegurada	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Coaseguro	..... %Tope	..... (monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	..... %Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan .....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan .....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Subgrupo 2

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada		
Suma Asegurada	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Coaseguro	..... %Tope		..... (monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		..... %Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Subgrupo 3

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada		
Suma Asegurada	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Coaseguro	..... %Tope		..... (monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		..... %Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Subgrupo 4

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada		
Suma Asegurada	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos	<input type="checkbox"/> UMAM	<input type="checkbox"/>
Coaseguro	..... %Tope		..... (monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		..... %Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Plan	.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Datos para la Cobranza

Conducto de Cobro ☐ Agente ☐ Cuenta de Cheques ☐ Cuenta Débito ☐ Tarjeta de Crédito

Banco \_\_\_\_\_ Número de Tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

CLABE | | | || | || | | | | | | | | | | | Si la tarjeta es American Express indicar los códigos de seguridad

Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Nombre del Tarjeta habiente Firma del Tarjeta habiente

El comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de dicho pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo de pago correspondiente al Contratante.

**De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)**

Se previene al solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar. En la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración de algún hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el contrato. Asimismo, autorizamos a las compañías de seguros a las que previamente hemos solicitado propuestas de seguros para que proporcionen a Allianz México, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Allianz México, S.A. proporcione cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta propuesta y de otras que sean de su conocimiento.

Declaro que los recursos con los que habré de pagar este producto son de origen lícito. Asumo la responsabilidad de haber asentado en forma verídica todos y cada uno de los datos que integran el presente documento y que son correctos.

Los datos relativos de cada uno de los miembros del grupo que aseguren, se anexan y forman parte de esta solicitud. Declaro que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores constituyen la base del contrato del seguro aceptando por lo tanto la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes a dicho contrato.

Se le informa que en caso de no realizar el pago de la prima dentro del término convenido o dentro del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán a los 12:00 horas del último día de dicho periodo.

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

El solicitante a la firma de la presente solicitud y siempre que el aseguramiento sea aceptado por "Allianz", podrá recibir de forma impresa a través del Agente de Seguros de la propia Compañía Aseguradora los siguientes documentos: la póliza, condiciones generales y documentos relativos a la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores. En caso de requerir que la entrega de la documentación antes citada le sea enviada en formato PDF o cualquier otro formato equivalente al correo electrónico que al efecto señale el solicitante, en este acto otorga su consentimiento expreso para tal efecto.

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 igual manera todos los términos y abreviaturas contenidos en la presente solicitud se pueden consultar en dichas Condiciones Generales.

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 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.

## Listado de Asegurados del Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

[illegible]

\*M = Masculino F = Femenino

**Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo****Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz****Blvd. Manuel Ávila Camacho 164, piso 1,****Col. Lomas de Barrilaco,****México, Ciudad de México C.P. 11010****unidad.especializada@allianz.com.mx****Tel. (55) 5201 3000 y (01800) 1111 200 Ext.3039****Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)****Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle****México, Ciudad de México. C.P. 03100****asesoria@condusef.gob.mx****Tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80****Datos del Agente**

Clave	Nombre del Agente%	de Participación	Firma
Agente Principal			
Agente 2			
Agente 3			

Lugar y Fecha de Solicitud

Nombre y Firma del Representante Legal

Nombre y Firma de la persona autorizada  
para la administración de la póliza

**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 02 de Diciembre del 2019, con el número CNSF-S0003-0551-2019/CONDUSEF-003935-02.**