Compañía de Seguros



Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo Nueva Póliza Número de Cotización Allianz Empresa Gastos Médicos Mayores Renovación de Póliza Número de Póliza **Datos del Contratante (Persona Moral)** Razón Social Registro Federal de Contribuyentes Giro de la Empresa: Calle: Número Exterior: Número Interior: Colonia: Municipio o Delegación: Ciudad: Estado: Código Postal: Nombre del Contacto: Puesto: Teléfonos Oficinas: Correo electrónico: Datos de la Póliza Vigencia a las 12:00 pm desde el// hasta el / / Relación Contratante - Asegurado: Patrón - Empleado Empresa - Cliente Asociación - Asociado Otro (Especificar) Características del Grupo: Empleados Sindicato Unión o agrupación de trabajadores Obreros Asociación civil Otro (Especificar) Los integrantes del grupo asegurado se adhieren por: Prestación Laboral Forma Voluntaria Número de personas que integran la empresa: Número de personas que integran el grupo asegurado: Pago de Complementos (Anexar relación de siniestralidad actual, incluyendo nombre del afectado, sexo, edad, padecimiento, fecha de primer gasto, total erogado, suma asegurada remanente en hoja membreteada de la aseguradora actual). Se emiten Kits: Si No Incluye VRIM: Si ☐ No Subgrupo 1 Categoría Coberturas Suma Asegurada: UMAM Pesos Deducible: ☐ UMAM Pesos Coaseguro: 10% con tope \$40,000 15% con tope \$60,000 20% con tope \$80,000 25% con tope \$100,000 GUA: A (100%) AA (125%) AAA (150%) Restricción de Hospital Urgencia en el Extranjero Eliminación de deducible por accidente Padecimientos Preexistentes: 2 Años de Espera 1 Año de Espera Sin Periodo de Espera Incremento de Suma Asegurada Por Maternidad: a 15 UMAM a 20 UMAM Deportes Peligrosos al 100%: 1) Toda la Categoría Grupo: A, B o C *Nombre: Grupo: *Nombre: Grupo: 2) **Por Asegurado (*Detallar asegurados) *Nombre: Grupo: *Nombre: Grupo: Cobertura Dental Selecto Ultra Integral Cobertura de Visión Incremental Enfoque Panorámico

Administrativos

Total de Participantes

Compañía de Seguros



Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo Allianz Empresa Gastos Médicos Mayores

Subgrupo			
Categoría			
		oberturas	
Suma Asegurada:	UMAM	Pesos	
Deducible:	UMAM	Pesos	
Coaseguro: 10% con tope \$40,000	0 15% con tope \$	\$60,000 20% con to	pe \$80,000 🗀 25% con tope \$100,00
GUA: A (100%)	AA (125%)	☐ AAA (150%	Restricción de Hospital
Urgencia en el Extranjero	Eliminación de	deducible por accidente	
Padecimientos Preexistentes:	2 Años de Esp	era 🔲 1 Año de E	spera Sin Periodo de Espera
Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%:	aternidad: 🔲 a 15 UI	MAM 🔲 a 20 UMAN	1
1) Toda la Categoría Grupo:	A, B o C *Nombre:		Grupo:
	*Nombre:		Grupo:
2) *Por Asegurado (*Detallar ase	egurados) *Nombre:		Grupo:
	*Nombre:		Grupo:
Cobertura Dental	Selecto	Integral	Ultra
Cobertura de Visión	Incremental	Enfoque	☐ Panorámico
Total de Participantes	i	Administrativos	%
Subarupo			
Subgrupo Categoría			
Subgrupo Categoría		oberturas	
	Co		
Categoría	Co	oberturas	
Categoría Suma Asegurada:	Co UMAM UMAM	Desos Pesos Pesos	pe \$80,000
Categoría Suma Asegurada: Deducible:	Co UMAM UMAM	Desos Pesos Pesos	•
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000	Co UMAM UMAM UMAM 0 15% con tope \$ AA (125%)	Description Pesos Pesos 60,000 20% con to AAA (150%)	Restricción de Hospital
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%)	Co UMAM UMAM UMAM 0 15% con tope \$ AA (125%)	Pesos Pesos 60,000 20% con to AAA (150%) deducible por accidente	Restricción de Hospital
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero	UMAM UMAM UMAM 15% con tope S AA (125%) Eliminación de 2 Años de Esp	Description Pesos Pesos 60,000	spera Sin Periodo de Espera
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%:	UMAM UMAM UMAM 15% con tope \$ AA (125%) Eliminación de 2 Años de Espaternidad: a 15 Uf	Description Pesos Pesos 60,000	Restricción de Hospital Sin Periodo de Espera
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma	UMAM UMAM UMAM UMAM 15% con tope S AA (125%) Eliminación de 2 Años de Esp aternidad: a 15 Ul A, B o C *Nombre:	Description Pesos Pesos 60,000	Restricción de Hospital Spera Sin Periodo de Espera Grupo:
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%:	UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM	Pesos Pesos Pesos AAA (150% deducible por accidente era 1 Año de E MAM a 20 UMAN	Restricción de Hospital Spera Sin Periodo de Espera Grupo: Grupo:
Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%: 1) Toda la Categoría Grupo:	UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM	Pesos Pesos Pesos AAA (150% deducible por accidente era 1 Año de E MAM a 20 UMAN	Restricción de Hospital Sin Periodo de Espera Grupo: Grupo: Grupo:
Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%: 1) Toda la Categoría Grupo:	UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM	Pesos Pesos AAA (150%) deducible por accidente era 1 Año de E MAM 1 a 20 UMAN	Restricción de Hospital Sin Periodo de Espera Grupo: Grupo: Grupo:
Categoría Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: 10% con tope \$40,000 GUA: A (100%) Urgencia en el Extranjero Padecimientos Preexistentes: Incremento de Suma Asegurada Por Ma Deportes Peligrosos al 100%: 1) Toda la Categoría Grupo: 2) **Por Asegurado (*Detallar ase	UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM UMAM	Description Pesos Pesos 60,000	Restricción de Hospital Sin Periodo de Espera Grupo: Grupo: Grupo: Grupo: Grupo:

Compañía de Seguros



Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo Allianz Empresa Gastos Médicos Mayores

Datos para la Cobranza		
Conducto de Cobro Agente	Cuenta de Cheques	cuenta DébitoTarjeta 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	Firm	na del Tarjeta habiente
•	·	bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el Ilianz entregue el recibo de pago correspondiente

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 lo 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.

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.

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.

Compañía de Seguros



Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo Allianz Empresa Gastos Médicos Mayores

Listado de Asegurados del Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

		Paren- tesco**		Vige Inicio	
					· ·
				•	
	;				
	•				
 	}				
	} !				
 	· 		:		
	: }	: }			
 	: }				
 	· · · ·		· ·		
) · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
 	;				
 	: }				
 	: : :				
 	: : :				
	: : :				
	} · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
 	: :				
 	: :				
 	<u>.</u>				
 	· · ·				
	:				
 	} :				
 	: }		:		

^{*}M = Masculino F = Femenino

^{**} T = Titular C = Cónyuge H = Hijo(a) O = Otro

Compañía de Seguros



Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo Allianz Empresa Gastos Médicos Mayores

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 claudia.espinosa@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

autorizada

para la administración de la póliza

Datos del Agente

Clave	Nombre del Agente	% de Participación	Firma	
Agente Principal				
Agente 2				
Agente 3				
Lugar y Fecha de Soli	citud Nombre v Firma de	Nombre y Firma del Nombre y Firma de la per		

Representante Legal

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 este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a partir del día 17/06/2016 con el número CNSF-S0003-0546-2016 / CONDUSEF-000227-02.