Allianz México, S.A. Compañía de Seguros

Allianz (11)

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Orden de Trabajo

| ☐ Nueva Póliza | Número de Solicitud |
|--|---------------------|
| Renovación de Póliza | Número de Póliza |
| Póliza de Conversión | Póliza Colectiva |

| | | | - 1 diza de delivei | Poliza | a Colectiva | | | |
|---|---|----------------------------------|--|------------------------|------------------------|---------|------|--|
| Datos del Contra | atante: (persona que pa | gará la prima en caso | de ser diferente al Titula | ar) | | | | |
| Apellido Paterno Apellido Materno | | | Nombre(s) | | | | | |
| Registro Federal | de Contribuyentes | | Correo Electrónico | | | | | |
| | | | xterior: o Delegación: | | | | | |
| Dirección del So | olicitante Titular (Llena | ar en caso de que el S | ostal: Solicitante Titular sea | distinto del C | ontratante) | | | |
| | - | | | Código | Postal: | | | |
| Datos del Solicit | tante Titular y Dependie | entes | | 1 | | | | |
| Solicitante | Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Parentesco | Fecha de Nacimiento | Sexo | Edad | |
| Dependiente 1 Dependiente 2 Dependiente 3 Dependiente 4 Dependiente 5 | | | | | | | | |
| Datos de la Póli: | | | | | | | | |
| Tipo de Plan: □ Suma Asegurada Nombre del Ager | Clásico □ Amplio Deducibla ite: | ☐ Master ☐ Interna e Coasegur | o: Número Póliza Básica acional Zona Contra o Gas Núr | tada to Usual y Acc | stumbrado | | | |
| Coberturas Adio | cionales | | | | | | | |
| Allianz Dental Má | ar atastróficas Internacion | al | s y Actividades Peligros Titular Dependiente 1 Dependiente 2 Dependiente 3 Dependiente 4 Dependiente 5 | sas [[[| | | | |
| | ente 1 ente 2 ente 3 ente 4 ente 5 educible por Accidente o por Hospitalización | Muerte A Gastos Reducci | Accidental en Viajes Aé Funerarios ión de Tope de Coasegi | reo | Fecha Fin de | Vigenci | a | |



| Designación de Beneficiarios en c | aso de contratar Muerte Accidenta | Len viales aéreos (solicitante | s con 12 o más años de edad) |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Designation de Denematros en o | abo de contratar macrie / toolacrita | i ciri viajos across (solicitarito | 3 0011 12 0 111d3 di 103 do cada) |

| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | Parentesco | Porcentaje |
|------------|------------------|-----------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Nombre (s) | Nombre (s) Apellido Paterno | Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno | Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno Parentesco |

100%

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 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 nombre 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 seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

| Cuestionario de Ocupación, Deportes y Aficiones. | | | | | | | |
|---|--------------|--------------------------|------------|--------------|--------------------------|-----------------------|--|
| Datos del Solicitante Titular | | | | | | | |
| OcupaciónLugar en que lo desarrolla ¿En que consiste? | | | | | | | |
| Horario | | ¿Qué medio de transporte | emplea? | | | | |
| ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con qu | ue Fred | cuencia? | | ¿Qué | Cilindraje? | | |
| ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales | s? 🗌 N | No 🗌 Si Indique Ho | ras de vue | elo a la sei | mana | | |
| ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | cticado | ? | | | | | |
| ¿Con que Frecuencia? | | | | Mensual | Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) | |
| ¿De carácter? Profesional No Profesio | nai Oii | o ¿cuai? | | | | | |
| ¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas? | ¿Con | que Frecuencia? | Semanal | Mensual | Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) | |
| A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa: | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | | |
| B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | | |
| C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático. | ☐ Si ☐ No | ¿Cuál? | | | | | |



| Datos del Dependiente | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|--|-----------------------|
| OcupaciónLugar en que lo desarrolla | | | | | | |
| ¿En que consiste? | | | | | | |
| Horario¿Qué medio de transporte emplea? | | | | | | |
| ¿Utiliza Motocicleta? \square No \square Si ¿Con q | ue Frec | uencia? | | ¿Qué | Cilindraje? | |
| ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales | s? 🗌 N | lo 🗌 Si Indique Hora | as de vuelo | a la sema | ana | |
| ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | cticado | ? | | | | |
| | ¿C | Con que Frecuencia? | Semanal | Mensual | Más de 3 | Otro |
| ¿De carácter? Profesional No Profesio | nal Otr | o ¿Cuál? | | | veces al ano | (Especifíque) |
| ¿Práctica alguno de los siguientes deportes | | | | | Más de 3 | Otro |
| o actividades peligrosas? | | que Frecuencia? | Semanal | Mensual | veces al año | - |
| A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa: | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | |
| B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | |
| C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático. | ☐ Si ☐ No | ¿Cuál? | | | | |
| | | | | | | |
| Datos del Dependiente | | | - | | | |
| Datos del Dependiente Ocupación | | _ugar en que lo desarrolla | a | | | |
| Ocupación | | = - | | | | |
| Ocupación ¿En que consiste? | | | | | | |
| Ocupación | | ¿Qué medio de transporto | e emplea? | | | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario | ue Frec | ¿Qué medio de transporte uencia? | e emplea? | ¿Qué | Cilindraje? | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? ☐ No ☐ Si ¿Con q | ue Frec | ¿Qué medio de transporto :uencia? No □ Si Indique Hora | e emplea? | ¿Qué | Cilindraje? | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? ☐ No ☐ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciale: | ue Freces? nucticado | ¿Qué medio de transporto :uencia? No □ Si Indique Hora | e emplea? as de vuelo | Qué a la sema | Cilindraje? | Otro |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? ☐ No ☐ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciale: | ں ue Frec s? □ N acticado | ¿Qué medio de transporte euencia? No □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? | e emplea? as de vuelo | Qué a la sema | Cilindraje? ana | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | ue Freces? □ Necticado | ¿Qué medio de transporte euencia? No □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? | e emplea? as de vuelo | Qué a la sema | Cilindraje? ana Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio ¿Práctica alguno de los siguientes deportes | ue Freces? □ Necticado | ¿Qué medio de transporto cuencia? No □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? | e emplea? as de vuelo | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? ana Más de 3 | Otro |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | ue Freces? □ Necticado | ¿Qué medio de transporte euencia? No □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? To ¿Cuál? | e emplea? | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? ana Más de 3 veces al año Más de 3 | Otro (Especifíque) |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con q ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio ¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas? A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, | ue Freces? | ¿Qué medio de transporto cuencia? No □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? To ¿Cuál? | se emplea? Semanal Semanal | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? ana Más de 3 veces al año Más de 3 | Otro (Especifíque) |



| Datos del Dependiente | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------|------------------------------|--|-----------------------|
| Ocupación Lugar en que lo desarrolla | | | | | | |
| ¿En que consiste? | | | | | | |
| Horario¿Qué medio de transporte emplea? | | | | | | |
| ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia? ¿Qué Cilindraje? | | | | | | |
| ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales | s? 🗌 N | o 🗌 Si Indique Hora | s de vuelo | a la sema | ana | |
| ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | cticado | ? | | | | |
| |)خ | Con que Frecuencia? | Semanal | Mensual | Más de 3 | Otro |
| ¿De carácter? Profesional No Profesio | | o ¿Cuál? | | | veces al año | (Especifíque) |
| ¿Práctica alguno de los siguientes deportes | | | | | Más de 3 | Otro |
| o actividades peligrosas? | ¿Con | que Frecuencia? | Semanal | Mensual | | (Especifíque) |
| A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa: | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | |
| B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | |
| C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático. | □ Si | ¿Cuál? | | | | |
| | | | | | | |
| Datos del Dependiente | | | | | | |
| Datos del Dependiente Ocupación | [| ugar en que lo desarrolla | 1 | | | |
| Ocupación | | | | | | |
| <u>—</u> | | | | | | |
| Ocupación | | Qué medio de transporte | e emplea? | | | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario | ue Frec | Qué medio de transporte | e emplea? | ¿Qué | Cilindraje? | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? ☐ No ☐ Si ¿Con q | | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora | e emplea? | ¿Qué | Cilindraje? | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? ☐ No ☐ Si ¿Con que ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales | ue Frecs? \[\sigma\] cticado | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora | e emplea? | Qué a la sema | Cilindraje? ana Más de 3 | Otro |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con que ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | ں ue Frec s? □ N octicado | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? | e emplea? us de vuelo | Qué a la sema | Cilindraje? ana | |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con que verte de la comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio | ue Frecs? □ N cticado ¿C | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? | e emplea? | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? ana Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con que ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio | ue Frecs? □ N cticado ¿C | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? o ¿Cuál? | e emplea? us de vuelo | Qué a la sema | Cilindraje? ana Más de 3 | Otro |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con que viciliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con que viciliza en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio ¿Práctica alguno de los siguientes deportes | ue Frecs? □ N cticado ¿C | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? o ¿Cuál? | e emplea? | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? nna Más de 3 veces al año Más de 3 | Otro (Especifíque) |
| Ocupación ¿En que consiste? Horario ¿Utiliza Motocicleta? □ No □ Si ¿Con qı ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra ¿De carácter? □ Profesional □ No Profesio ¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas? A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, | ue Freces? | ¿Qué medio de transporte uencia? lo □ Si Indique Hora ? Con que Frecuencia? o ¿Cuál? que Frecuencia? | e emplea? | ¿Qué a la sema Mensual | Cilindraje? nna Más de 3 veces al año Más de 3 | Otro (Especifíque) |



| Datos del Dependiente | | | | | | |
|---|---|--------------------------|------------|-----------|--------------------------|-----------------------|
| Ocupación Lugar en que lo desarrolla | | | | | | |
| ¿En que consiste? | | | | | | |
| Horario | | ¿Qué medio de transporte | emplea? | | | |
| ¿Utiliza Motocicleta? \square No \square Si ¿Con qu | ue Fred | uencia? | | ¿Qué | Cilindraje? | |
| ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales | s? 🗌 N | lo 🗌 Si Indique Hora | s de vuelo | a la sema | ana | |
| ¿Deportes o aficiones que practica o haya pra | cticado | ? | | | | |
| | _ | Con que Frecuencia? | Semanal | Mensual | Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) |
| ¿De carácter? Profesional No Profesional Otro ¿Cuál? | | | | | | , |
| o actividades peligrosas? | áctica alguno de los siguientes deportes ¿Con que Frecuencia? | | | Mensual | Más de 3 veces al año | Otro (Especifíque) |
| A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa: | □ ci | ¿Cuál? | | | | |
| B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia | □ Si □ No | ¿Cuál? | | | | |
| C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático. | □ Si | ¿Cuál? | | | | |

Allianz (11)

Avisos Legales

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 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. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud de Seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario y si la Aseguradora lo estima conveniente, a que se me practique un examen médico, además autorizo a los médicos o personas que me han examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico por tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Allianz México S.A. Compañía de Seguros, todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, para tal efecto relevo a las personas mencionadas del secreto profesional y estoy de acuerdo que será suficiente la presentación de una copia de este documento para que se proporcione a la Aseguradora los datos mencionados. Esta última información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de Seguro o en cualquier momento que Allianz México S.A. Compañía de Seguros lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado que en la carátula de la póliza se especificará el inicio de la vigencia.

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.

Ratifico que me han sido informadas de manera amplia y detallada, el alcance real de la(s) cobertura(s), así como la forma de conservarla(s) o darla(s) por terminada(s) y que la información que he proporcionado en la presente solicitud es auténtica y veraz.

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 o 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 la Documentación Contractual, misma que está disponibles para su descarga en la sección Descarga de Documentos en www.allianz.com.mx/descarga-de-documentos

Aviso importante: En caso de no efectuar el pago de la prima correspondiente, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente.

Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1 Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010 unidad.especializada@allianz.com.mx
Tel. (55) 5201 3000 y (01 800) 1111 200 Ext. 3039 www.allianz.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México C.P. 03100 asesoria@condusef.gob.mx

Tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80

www.gob.mx/condusef

| Lugar y Fecha | Nombre y Firma del Titular | Nombre y Firma del Contratante |
|---------------|----------------------------|--------------------------------|

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de agosto de 2021, con los números CNSF-S0003-0304-2021/CONDUSEF-001465-18; CNSF-S0003-0305-2021/CONDUSEF-001464-17; CNSF-S0003-0306-2021/CONDUSEF-001463-18; CNSF-S0003-0307-2021/CONDUSEF-002662-16.



| Información de Pago |
|---|
| Periodicidad: |
| Banco |
| *El conducto de cobro Depósito o transferencia, solo se admite para pólizas periodicidad anual |
| Autorización de cargo automático a tarjeta de crédito o cuenta de cheques |
| Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, SA integrante del Grupo Financiero Banamex o a aquella institución 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 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 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 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 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. |
| Confirmación de datos |
| Confirmo que la información proporcionada con respecto al conducto de cobro del cual soy titular, es correcta. En caso de que exista algún error, asumo la responsabilidad legal de haber proporcionado datos incorrectos o inexactos, por lo que libero expresamente a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, de cualquier responsabilidad que se llegue a suscitar con tal motivo y me obligo a mantener en paz y a salvo a dicha sociedad de cualquier acción legal, demanda, denuncia, reclamación o procedimiento, ya sea judicial o administrativo, interpuesto en su contra con motivo del error o inexactitud de la información proporcionada |
| Lugar y fecha |
| Nombre y firma del contratante |



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; E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con Allianz; y F) prevenir y detectar fraude y/u operaciones ilícitas.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y tratados los siguientes datos personales patrimoniales y sensibles: su estado de salud pasado y presente (solo para el caso del asegurado), su número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) o Tarjeta de Crédito y Estado de Cuenta Bancario. Allianz se compromete a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad.

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

Consentimiento del Asegurado:

| Consiento que mis datos personales patrimoniales y señalados en el presente aviso de privacidad. | sensibles sean tratados conforme a los términos y condicione |
|--|--|
| Nombre y Firma del Titular | Lugar y Fecha |
| Consentimiento del Contratante (solo en caso de ser una perso | ona distinta al Asegurado): |
| Consiento que mis datos personales patrimoniales y señalados en el presente aviso de privacidad. | sensibles sean tratados conforme a los términos y condicione |
| | |
| Nombre v Firma del Contratante | Lugar v Fecha |

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