

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Orden de Trabajo

☐ Nueva Póliza
☐ Renovación de Póliza
☐ Póliza de Conversión

Número de Solicitud.....
Número de Póliza.....
Póliza Colectiva.....

Datos del Contratante: (persona que pagará la prima en caso de ser diferente al Titular)

Nombre (s) y/o Razón Social
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Registro Federal de Contribuyentes Correo Electrónico

Calle:..... Número Exterior:..... Número Interior:.....
Colonia:..... Municipio o Delegación:.....
Ciudad:..... Estado:..... Código Postal:..... País:.....

Dirección del Solicitante Titular (Llenar en caso de que el Solicitante Titular sea distinto del Contratante)

Estado:..... Municipio o Delegación:..... Código Postal:.....

Datos del Solicitante Titular y Dependientes

Solicitante	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad
Titular							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							
Dependiente 5							

Datos de la Póliza

Tipo de Póliza: ☐ Básica ☐ Exceso En caso de ser exceso: Número Póliza Básica..... Número Certificado

Tipo de Plan: ☐ Clásico ☐ Amplio ☐ Master ☐ Internacional Zona Contratada.....

Suma Asegurada Deducible Coaseguro Gasto Usual y Acostumbrado

Nombre del Agente:..... Número del Agente:.....

Coberturas Adicionales

Urgencias en el Extranjero
Protección Familiar
Enfermedades Catastróficas Internacional
Allianz Dental Más
Enfermedades Catastróficas Nacional

☐
☐
☐
☐
☐

Deportes y Actividades Peligrosas

Titular
Dependiente 1
Dependiente 2
Dependiente 3
Dependiente 4
Dependiente 5

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Grupo (A,B,C)

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Estudios en el Extranjero

Titular
Dependiente 1
Dependiente 2
Dependiente 3
Dependiente 4
Dependiente 5

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Eliminación de Deducible por Accidente
Dinero en Efectivo por Hospitalización
Garantía de Conversión

☐
☐
☐

Muerte Accidental en Viajes Aéreo
Gastos Funerarios
Reducción de Tope de Coaseguro
Allianz World Class
Allianz Plus

☐
☐
☐
☐
☐

Designación de Beneficiarios en caso de contratar Muerte Accidental en viajes aéreos (solicitantes con 12 o más años de edad)					
Número	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje
					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							
Ocupación.....		Lugar en que lo desarrolla.....					
¿En que consiste?.....							
Horario.....		¿Qué medio de transporte emplea?.....					
¿Utiliza Motocicleta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....							
¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Indique Horas de vuelo a la semana.....							
¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?							
.....		¿Con que Frecuencia?	Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)	
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		¿Con que Frecuencia?	Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)	
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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.		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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? ☐ No ☐ Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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? ☐ No ☐ Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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? ☐ No ☐ Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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? ☐ No ☐ Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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? ☐ No ☐ Si Indique Horas de vuelo a la semana.....

¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				
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.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				

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 10 de noviembre de 2023, con los números CNSF-S0003-0271-2023/CONDUSEF-001465-23; CNSF-S0003-0273-2023 / CONDUSEF-001463-23; CNSF-S0003-0274-2023/CONDUSEF-002662-20, a partir del día 25 de enero de 2024, con el número CNSF-S0003-0272-2023/CONDUSEF-001464-22.

Información de Pago

Periodicidad: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

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

Número de Tarjeta: Fecha de Vencimiento:

Cuenta CLABE:

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

Confirmando 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 sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y Firma del Titular

.....
Lugar y Fecha

Consentimiento del Contratante (solo en caso de ser una persona distinta al Asegurado):

- ☐ Consiento que mis datos personales patrimoniales y sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones señalados en el presente aviso de privacidad.

.....
Nombre y Firma del Contratante

.....
Lugar y 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>