

- ☐ Endoso
- ☐ Rehabilitación

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

Cambio de Clave de Agente

Núm Agente: Nombre del Agente:

Cambio de Datos Generales

Titular Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

E-mail: _____ Estado: _____ Municipio: _____ Ciudad o Delegación: _____ C.P.: _____

Contratante Nombre (s) y/o Razón Social _____

Registro Federal de Contribuyentes e-mail:

Calle: _____ Número Exterior: _____ Número Interior: _____

Colonia: _____ Municipio o Delegación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____

Alta, Baja, Modificación o Rehabilitación de Asegurados

[illegible]

A = Alta, B = Baja, M = Modificación

Cambios a Datos Generales de la Póliza

CambioTipo de Plan: Clásico ☐ Amplio ☐ Master ☐ Internacional ☐

Cambio Deducible..... Cambio Suma Asegurada:..... Cambio GUA:

Cambio de Zona: Cambio de Coaseguro:

Cambios Coberturas Adicionales

	Baja	Alta	Deportes y Actividades Peligrosas	Baja	Alta	Grupo (A,B,C)
Urgencias en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Catastróficas Internacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allianz Dental Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Catastróficas Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dependiente 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudios en el Extranjero	Baja	Alta	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



	Baja	Alta		Baja	Alta
Eliminación de Deducible por Accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte Accidental en Viajes Aéreos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinero en Efectivo por Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantía de Conversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reducción de Tope de Coaseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Allianz World Class	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Allianz Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

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.

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.

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

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 11 de agosto de 2023, con los números CNSF-S0003-0271-2023/CONDUSEF-001465-22; CNSF-S0003-0272-2023/CONDUSEF-001464-20; CNSF-S0003-0273-2023/CONDUSEF-001463-22; CNSF-S0003-0274-2023/CONDUSEF-002662-19.

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>