

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-Emppleado 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:.....%

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 este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de Octubre de 2017, con el número CNSF-S0003-0521-2017/CONDUSEF-002915-01.