



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

**Subgrupo** \_\_\_\_\_

Categoría .....

| Coberturas  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Suma Asegurada: .....   | <input type="checkbox"/> UMAM                      | <input type="checkbox"/> Pesos                                  |  |
| Deducible: .....  | <input type="checkbox"/> UMAM                      | <input type="checkbox"/> Pesos                                  |  |
| Coaseguro: <input type="checkbox"/> 10% con tope \$40,000           | <input type="checkbox"/> 15% con tope \$60,000     | <input type="checkbox"/> 20% con tope \$80,000                  | <input type="checkbox"/> 25% con tope \$100,000  |
| GUA: <input type="checkbox"/> A (100%)                              | <input type="checkbox"/> AA (125%)                 | <input type="checkbox"/> AAA (150%)                             | <input type="checkbox"/> Restricción de Hospital |
|   | <input type="checkbox"/> Urgencia en el Extranjero | <input type="checkbox"/> Eliminación de deducible por accidente |  |
| Padecimientos Preexistentes:  | <input type="checkbox"/> 2 Años de Espera          | <input type="checkbox"/> 1 Año de Espera                        | <input type="checkbox"/> Sin Periodo de Espera   |
| Incremento de Suma Asegurada Por Maternidad:                        | <input type="checkbox"/> a 15 UMAM                 | <input type="checkbox"/> a 20 UMAM                              |  |
| Deportes Peligrosos al 100%:  |  |   |  |
| 1) <input type="checkbox"/> Toda la Categoría Grupo: _____ A, B o C | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
|   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
| 2) <input type="checkbox"/> *Por Asegurado (*Detallar asegurados)   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
|   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
| Cobertura Dental  | <input type="checkbox"/> Selecto                   | <input type="checkbox"/> Integral                               | <input type="checkbox"/> Ultra                   |
| Cobertura de Visión   | <input type="checkbox"/> Incremental               | <input type="checkbox"/> Enfoque                                | <input type="checkbox"/> Panorámico              |
| Total de Participantes .....  | Administrativos .....                              | %   |  |

**Subgrupo** \_\_\_\_\_

Categoría .....

| Coberturas  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Suma Asegurada: .....   | <input type="checkbox"/> UMAM                      | <input type="checkbox"/> Pesos                                  |  |
| Deducible: .....  | <input type="checkbox"/> UMAM                      | <input type="checkbox"/> Pesos                                  |  |
| Coaseguro: <input type="checkbox"/> 10% con tope \$40,000           | <input type="checkbox"/> 15% con tope \$60,000     | <input type="checkbox"/> 20% con tope \$80,000                  | <input type="checkbox"/> 25% con tope \$100,000  |
| GUA: <input type="checkbox"/> A (100%)                              | <input type="checkbox"/> AA (125%)                 | <input type="checkbox"/> AAA (150%)                             | <input type="checkbox"/> Restricción de Hospital |
|   | <input type="checkbox"/> Urgencia en el Extranjero | <input type="checkbox"/> Eliminación de deducible por accidente |  |
| Padecimientos Preexistentes:  | <input type="checkbox"/> 2 Años de Espera          | <input type="checkbox"/> 1 Año de Espera                        | <input type="checkbox"/> Sin Periodo de Espera   |
| Incremento de Suma Asegurada Por Maternidad:                        | <input type="checkbox"/> a 15 UMAM                 | <input type="checkbox"/> a 20 UMAM                              |  |
| Deportes Peligrosos al 100%:  |  |   |  |
| 1) <input type="checkbox"/> Toda la Categoría Grupo: _____ A, B o C | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
|   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
| 2) <input type="checkbox"/> *Por Asegurado (*Detallar asegurados)   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
|   | *Nombre: .....                                     | Grupo: .....  |  |
| Cobertura Dental  | <input type="checkbox"/> Selecto                   | <input type="checkbox"/> Integral                               | <input type="checkbox"/> Ultra                   |
| Cobertura de Visión   | <input type="checkbox"/> Incremental               | <input type="checkbox"/> Enfoque                                | <input type="checkbox"/> Panorámico              |
| Total de Participantes .....  | Administrativos .....                              | %   |  |

**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 Débito  Tarjeta 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 ..... Firma del Tarjeta habiente .....

El comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, harán prueba plena del pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo de pago correspondiente al Contratante.

**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](http://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.



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

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 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.