



EJEMPLO DE LLENADO DE LA SOLICITUD DE MOVIMIENTOS A LA POLIZA

ÍNDICE DE CONTENIDO

- Cambio de correo electrónico.....3
- Cambio de conducto de cobro.....4
- Cancelación a petición.....5
- Cambio de domicilio.....6
- Cambio de agente.....7
- Cambio de beneficiarios.....8

Notas:

- Son ejemplos únicamente
- Cada información es personal y personalizada
- Los datos de tu póliza y de folio lo encuentras en la caratula de tu póliza

CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO

- Anexar INE
- Entregar original en oficina

Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros

Allianz

Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ OptiMaxx protección ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☒ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
|---|--|
- Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación)

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-----|
| ☐ Básica por fallecimiento | |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

NUEVO CORREO

ivonnejoselynrdz@gmail.com

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre completo y firma del asegurado / titular

CAMBIO DE CONDUCTO DE COBRO

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

- Anexar TC personalizada
- Anexar INE
- Enviar por correo

Allianz

Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|---|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☒ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
| Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación) | |

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-------|
| ☐ Básica por fallecimiento | _____ |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | _____ |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | _____ |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | _____ |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

Cambio de conducto de cobro a la tarjeta de credito BBVA

4256 9686 2564 5988 vig. 08/36

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A. Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez
IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ
Nombre completo y firma del asegurado / titular

CANCELACION A PETICION

- Anexar INE
- Enviar por correo

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros



Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☒ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
|---|--|
- Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación)

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-----|
| ☐ Básica por fallecimiento | |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

Deseo la cancelación de mi póliza porque así son mis intereses

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forma parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A. Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez
IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ
Nombre completo y firma del asegurado / titular

CAMBIO DE DOMICILIO

Allianz

Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros

Línea OptiMaxx

- Anexar comprobante de domicilio no mayor a 2 meses
- Anexar INE
- Enviar por correo endosos.optimaxx@allianz.com.mx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☒ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
| Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación) | |

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-----|
| ☐ Básica por fallecimiento | |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

Domicilio correcto

Av. Venustiano Carranza #1 colonia Tequisquiapan cp 58699

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A. Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez
IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ
Nombre completo y firma del asegurado / titular

CAMBIO DE AGENTE

- Anexar INE
- Entregar original en oficina

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros



Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☒ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
|---|--|
- Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación)

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-----|
| ☐ Básica por fallecimiento | |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

Nuevo agente

Juan Antonio Silva Oliva

no. agente. xxxx

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A. Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez
IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ
Nombre completo y firma del asegurado / titular

CAMBIO DE BENEFICIARIOS

- Anexar INE
- Entregar original en oficina

Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros

Allianz

Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☒ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. PLU3 - 123456 Folio o Referencia Bancaria: 123456789

IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☒ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
|---|--|
- Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación)

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-----|
| ☐ Básica por fallecimiento | |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

FILIBERTO JASSO ROJAS HERMANO 50%

JOSEFINA RODRIGUEZ RODIRGUEZ MADRE 50%

GRACIAS

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

01/01/2027
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Lugar y fecha de firma

Ivonne Rodriguez
IVONNE JOSELYN RODRIGUEZ GONZALEZ

Nombre completo y firma del asegurado / titular