

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos
Mayores Endosos y Rehabilitación



☐ 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

Solicitante	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido materno	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	Fecha de Antigüedad	Recién Nacido	Tipo de Cambio A B M		
Titular												
Dependiente 1												
Dependiente 2												
Dependiente 3												
Dependiente 4												
Dependiente 5												

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

** No aplica para planes Internacionales.

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.

Indicar la siguiente información solo si es necesaria.

Estado de Salud

¿Alguno de los Solicitantes tiene o ha tenido diagnóstico y/o enfermedades? Si ☐ No ☐

Especificar enfermedad en el recuadro azul correspondiente	No. De Solicitante	Tipo de Tratamiento				Especificar diagnóstico, tratamiento, fecha de diagnóstico, fecha de alta y estado de salud actual.
		Médico	Cirugía	Rehabilitación	Otros	
1. Sistema nervioso y sentidos (pérdida de conocimiento o convulsiones, trastornos mentales o de conducta, bulimia, anorexia, parálisis, migraña).						
2. Corazón, arterias, venas y sangre (soplo en el corazón, dolor en el pecho, infarto del corazón, presión arterial alta o baja, várices, trombosis, embolia, anemias; enfermedades inmunológicas).						

Especificar enfermedad en el recuadro azul correspondiente	No. De Solicitante	Tipo de Tratamiento				Especificar diagnóstico, tratamiento, fecha de diagnóstico, fecha de alta y estado de salud actual.
		Médico	Cirugía	Rehabilitación	Otros	
3. Sistema digestivo (enfermedades del esófago, estómago, intestino, páncreas, hígado, vesícula biliar, colon, recto, hernias).						
4. Sistema respiratorio (nariz y senos paranasales, laringe, enfermedades pulmonares, bronquitis, asma, tuberculosis, COVID).						
5. Riñones y vías urinarias (cálculos, infecciones urinarias, insuficiencia renal).						
6. Sistemas reproductivos (mamas, ovarios, matriz, partos, cesáreas, embarazo; próstata, testículos, enfermedades de transmisión sexual).						
7. Hormonas, glándulas y piel (diabetes, tiroides, hipófisis, trastornos del crecimiento, acné).						
8. Tumores y cáncer (mamas, matriz, testículos, próstata, leucemias, linfomas, melanomas, mieloma, otros).						
9. Enfermedades de músculos, articulaciones y huesos (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) Columna vertebral, cadera, rodillas.						
10. Alguna otra enfermedad, tratamiento, cirugía, no mencionado en el listado anterior.						

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.

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.

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 14 de agosto de 2024 con los números CNSF-S0003-0315-2024 /CONDUSEF-001465-25; CNSF-S0003-0316-2024 /CONDUSEF-001464-25; CNSF-S0003-0317-2024 /CONDUSEF-001463-26; CNSF-S0003-0318-2024 /CONDUSEF-002662-22.

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>