

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Endosos y Rehabilitación

Rehabilitación Número de solicitud

Endosos Número de póliza

Cambio de Clave de Agente

Núm. Agente: Nombre del Agente:

Cambio de Datos Generales

Titular Nombre: Apellido paterno: Apellido materno:

Estado: Municipio: Ciudad o Delegación: C.P.

e-mail

Contratante *En caso de ser persona Moral ingresar la razón social en el campo de Nombre

Nombre:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

RFC: e-mail: Tipo de Persona: Moral Física

Nacionalidad: Extranjero Nacional

Calle: Núm Exterior: Núm Interior: Colonia:

C.P. Teléfono: País: Estado:

Ciudad o Delegación: Municipio:

Altas, Bajas o Modificación de Asegurados

| Núm. | Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno | Parentesco | Fecha de antigüedad | Fecha de nacimiento | Sexo | Edad Real | Recién Nacido | Tipo de cambio | | |
|------|------------|------------------|------------------|------------|---------------------|---------------------|------|-----------|---------------|----------------|------|--------------|
| | | | | | | | | | | Alta | Baja | Modificación |
| 1 | | | | Titular | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |

Cambios a Datos Generales de la Póliza

Cambio Tipo de Plan: Clásico Amplio Master Internacional

Cambio GUA: 100% 125% 150% 200% Cambio de Zona

Cambio Deducible: Cambio Suma Asegurada:

Cambio de Coaseguro: 5% 10% 15% 20% 25%

Cambios Coberturas Adicionales

| | Baja | Alta |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Urgencias en el Extranjero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades Catastróficas Internacional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastos Funerarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muerte Accidental en Viajes Aéreos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección Familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deportes Peligrosos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| World Class | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eliminación de Deducible por Accidente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allianz Plus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reducción de Coaseguro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dinero en Efectivo por Hospitalización | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cambios Conducto de Cobro (Endoso-Rehabilitación)

Conducto Cobro: Agente Cuenta de Cheques Cuenta Débito Tarjeta de Crédito

Cambios Forma de Pago (Endoso-Rehabilitación)

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

*Para conducto de cobro agente la forma de pago es anual o semestral

Beneficiarios en caso de contratar Muerte Accidental Viajes Aéreos

| Núm. | Nombre (s) | Parentesco | Pocentaje |
|------|------------|------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cambios de Titular

| Núm. | Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|------|------------|------------------|------------------|
| | | | |

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 cobrar la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares para efecto y no consideran el contrato del Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. En caso de que se designe a un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, este solo tendría una obligación moral. Si los porcentajes se dejan en blanco o no suman en total un cien por ciento, la Suma Asegurada se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios.

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 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. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud endoso 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. 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 endoso de Seguro o en cualquier momento que Allianz México S.A. lo considere oportuno. Asimismo declaro que estoy enterado de que la póliza será emitida con un endoso en el que se especifica el inicio de vigencia.

Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.