Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Allianz

# Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
# Orden de Trabajo

☐ Nueva póliza Número de póliza .....
☐ Renovación de póliza Número de póliza .....

## Datos del Contratante: (persona que pagará la prima en caso de ser diferente al Titular)

Apellido paterno ..... Apellido materno ..... Nombre (s) .....

RFC ..... e-mail ..... Calle ..... Teléfono (s) .....

No. Exterior ..... No. Interior ..... Colonia ..... Código Postal .....

País ..... Estado ..... Municipio ..... Ciudad .....

Dirección del Titular: Estado ..... Municipio ..... Código Postal ..... e-mail .....

## Datos del Asegurado Titular y Dependientes

| Núm. | Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno | Parentesco | Fecha de nacimiento | Sexo | Edad Real |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | | | | Titular | | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |

## Datos de la póliza

Tipo de Plan ☐ Clásico ☐ Amplio ☐ Master ☐ Internacional

Tipo de Póliza ☐ Básica ☐ Exceso

En caso de ser Exceso: Núm. Póliza Básica ..... Núm. Certificado .....

Zona Contratada ..... Suma Asegurada ..... Deducible .....

Coaseguro: ..... GUA .....

Lugar de impresión: ☐ Internet ☐ Oficina

Núm. Agente ..... Nombre del Agente ..... Cesión de Comisión ..... %

## Coberturas Adicionales

☐ Urgencias en el Extranjero
☐ Gastos Funerarios
☐ Protección Familiar
☐ World Class
☐ Allianz Plus
☐ Deportes Peligrosos
☐ Enfermedades Catastróficas Internacional
☐ Muerte Accidental en Viajes Aéreos
☐ Dinero en Efectivo por Hospitalización
☐ Eliminación de Deducible por Accidente
☐ Reducción de Coaseguro

## Datos para la cobranza

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

CLABE: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Núm. de Tarjeta ..... Fecha de Vencimiento .....

Forma de Pago: Anual ..... Semestral ..... Trimestral ..... Mensual ..... Si su tarjeta es American Express indicar los códigos de Seguridad (4 dígitos) ☐

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

## Designación de Beneficiarios en caso de contratar muerte accidental en viajes aéreos (solicitantes con 12 o más años de edad )

| Núm. | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | Parentesco | Porcentaje % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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 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 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.**

Lugar y Fecha | Nombre y Firma del Titular | Nombre y Firma del Contratante