

## Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Solicito de Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, en mi carácter de contratante, una póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Temporal renovable anualmente, para lo cual hago las siguientes declaraciones:

### Datos del Contratante

Nombre de la Razón Social del que será el contratante de la póliza: .....

No. de Póliza de renovación: .....

Régimen Fiscal del Contratante  Persona Moral  Persona Física con Actividad Empresarial Otro(Especificar) .....

Domicilio Fiscal .....

Teléfono ..... R.F.C. ....

Forma de pago de primas:  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Conducto de Pago:  Agente  Otro (Especificar) .....

¿Quién proporciona los recursos para el pago de primas?  Contratante  Otro (Especificar) .....

Relación Contratante Asegurado:  Patrón-Empleado  Empresa Cliente

Asociación-Asociado  Otro Cuál? .....

Número de personas que integran la empresa ..... Número de personas que integran el grupo asegurado .....

Elegibilidad .....

Giro de la empresa .....

Características del Grupo asegurable:  Empleados  Sindicato  Unión o agrupación de trabajadores  Obreros

Asociación civil  Otro (Especificar) .....

Descripción de la posibilidad de catástrofe con relación a las actividades del grupo asegurable .....

Anexar relación de siniestralidad actual en caso de solicitar pago de complementos de siniestros actualmente abiertos. Es importante incluir una relación de los mismos con nombre del afectado, sexo, edad, padecimiento, fecha del primer gasto, total erogado, Suma Asegurada remanente en hoja membretada de la Aseguradora actual.

### Subgrupo 1

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada
Suma Asegurada	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Coaseguro	..... %Tope ..... (monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ..... %Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan .....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan .....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Contribución del Asegurado al pago de primas: .....% No. Participantes: ..... Administrativos: .....%

## Subgrupo 2

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada
Suma Asegurada	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Coaseguro	.....%Tope .....(monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No .....%Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan .....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Subgrupo 3

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada
Suma Asegurada	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Coaseguro	.....%Tope .....(monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No .....%Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan .....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%

## Subgrupo 4

Categoría: .....

Coberturas Solicitadas	Regla para determinar la Suma Asegurada
Suma Asegurada	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Deducible	..... pesos <input type="checkbox"/> UMAM <input type="checkbox"/>
Coaseguro	.....%Tope .....(monto)
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No .....%Coaseguro
Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan .....
Lentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Plan.....
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Contribución del Asegurado al pago de primas:.....% No. Participantes:..... Administrativos:.....%





**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**

**unidad.especializada@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 a este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de Agosto del 2021, con el número CNSF-S0003-0167-2021/CONDUSEF-003935-09.**