

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores
Orden de Trabajo

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	Número de Solicitud.....
<input type="checkbox"/> Renovación de Póliza	Número de Póliza.....
<input type="checkbox"/> Póliza de Conversión	Póliza Colectiva.....

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

Nombre (s) y/o Razón Social

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Registro Federal de Contribuyentes Correo Electrónico

Calle:..... Número Exterior:..... Número Interior:.....

Colonia:..... Municipio o Delegación:.....

Ciudad:..... Estado:..... Código Postal:..... País:.....

Dirección del Solicitante Titular (Llenar en caso de que el Solicitante Titular sea distinto del Contratante)

Estado:..... Municipio o Delegación:..... Código Postal:.....

Datos del Solicitante Titular y Dependientes

Solicitante	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad
Titular							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							
Dependiente 5							

Datos de la Póliza

Tipo de Póliza: Básica Exceso En caso de ser exceso: Número Póliza Básica..... Número Certificado

Tipo de Plan: Clásico Amplio Master Internacional Zona Contratada.....

Suma Asegurada Deducible Coaseguro Gasto Usual y Acostumbrado

Nombre del Agente:..... Número del Agente:.....

Coberturas Adicionales

Urgencias en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	Deportes y Actividades Peligrosas	<input type="checkbox"/>	Grupo (A,B,C)	<input type="checkbox"/>
Protección Familiar	<input type="checkbox"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades Catastróficas Internacional	<input type="checkbox"/>	Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	
Allianz Dental Más Ultra	<input type="checkbox"/>	Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	
Allianz Plus	<input type="checkbox"/>	Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	
Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	Dependiente 4	<input type="checkbox"/>	
Muerte Accidental en Viajes Aéreos	<input type="checkbox"/>	Dependiente 5	<input type="checkbox"/>	
Dinero en Efectivo por Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Garantía de Conversión	<input type="checkbox"/>	
		Eliminación de Deducible por Accidente	<input type="checkbox"/>	
		Reducción de Tope de Coaseguro	<input type="checkbox"/>	
		Allianz World Class	<input type="checkbox"/>	

Estudios en el Extranjero

		Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 4	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependiente 5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Cuestionario de Ocupación, Deportes y Aficiones.

Datos del Solicitante Titular

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?	¿Con que Frecuencia?	Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Dependiente

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?.....

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
..... ¿Con que Frecuencia?					
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Dependiente

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?.....

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
..... ¿Con que Frecuencia?					
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Dependiente

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
..... ¿Con que Frecuencia?					
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Dependiente

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
..... ¿Con que Frecuencia?					
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datos del Dependiente

Ocupación..... Lugar en que lo desarrolla.....
 ¿En que consiste?.....
 Horario..... ¿Qué medio de transporte emplea?.....
 ¿Utiliza Motocicleta? No Si ¿Con que Frecuencia?..... ¿Qué Cilindraje?.....
 ¿Vuela en aeronaves que no sean comerciales? No Si Indique Horas de vuelo a la semana.....
 ¿Deportes o aficiones que practica o haya practicado?

..... ¿Con que Frecuencia?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
¿De carácter? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional Otro ¿Cuál?.....		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Práctica alguno de los siguientes deportes o actividades peligrosas?		Semanal	Mensual	Más de 3 veces al año	Otro (Especifique)
A. Equitación, deportes náuticos, windsurf, buceo, kitesurf, espeleología, rafting, rapel, tirolesa:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				
B. Box, lucha en cualquiera de sus variaciones, ciclismo de montaña, cacería, charrería y tauromaquia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				
C. Boxeo full contact, kick boxing, artes marciales mixtas, actividades en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente, paracaidismo y vuelo en globo aerostático.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> No				

Avisos Legales

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.

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

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.

Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones
Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1
Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México C.P. 11010
unidad.especializada@allianz.com.mx
Tel. (55) 5201 3000 y (01 800) 1111 200 Ext. 3039
www.allianz.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los
Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México
C.P. 03100 asesoria@condusef.gob.mx
Tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80
www.gob.mx/condusef

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Titular

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 12 de agosto de 2020, con los números CNSF-S0003-0384-2020/CONDUSEF-001465-12; CNSF-S0003-0385-2020/CONDUSEF-001464-11; CNSF-S0003-0386-2020/CONDUSEF-001463-12; CNSF-S0003-0387-2020/CONDUSEF-002662-10.

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>

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Cuestionario Médico

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Datos del Asegurado Titular y Dependientes

Padece o padeció:		Titular		Dependientes									
				1		2		3		4		5	
1	Estatura (ejemplo: 1.70 m*)												
2	Peso (ejemplo: 80.0 kg*)												
3	Soplo en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4	Dolor en pecho o en tórax	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	Infarto en el corazón	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6	Enfermedades de la circulación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	Presión arterial alta o baja	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	Bronquitis crónica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Asma	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	Tuberculosis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
11	Enfisema pulmonar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
12	Úlcera del estómago	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
13	Úlcera del duodeno	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14	Enfermedades del hígado	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
15	Enfermedades de la vesícula biliar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
16	Enfermedades del intestino, colon, recto	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
17	Enfermedad del páncreas, gastritis, hernias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	Enfermedades de los riñones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
19	Enfermedades de la vejiga	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20	Enfermedades de transmisión sexual	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
21	Enfermedades de la próstata	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
22	Enfermedades de las glándulas mamarias	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
23	Enfermedades de los ovarios, matriz	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24	Enfermedad testicular	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
25	Pérdida de conocimiento o convulsiones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
26	Trastornos nerviosos o mentales, parálisis	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
27	Epilepsia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
28	Diabetes	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
29	Enfermedades de la tiroides	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
30	Enfermedades de la hipófisis o pituitaria	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
31	Enfermedades de los huesos o articulaciones	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
32	Amputación de algún miembro por accidente o enfermedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
33	Hernias en columna vertebral	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

		Titular		1		2		3		4		5	
34	Algún tumor	Sí	No										
35	Alguna enfermedad en ojos u oídos	Sí	No										
36	Cáncer	Sí	No										
37	Partos o cesáreas	Sí	No										
38	Alguna intervención quirúrgica	Sí	No										
39	Alguna enfermedad en las vías respiratorias, nariz o senos paranasales	Sí	No										
40	Alergia a alguna sustancia o medicamento	Sí	No										
41	¿Toma algún medicamento actualmente?	Sí	No										
42	Enfermedades del esófago, esofagitis, úlceras o várices en el esófago	Sí	No										
43	Alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica	Sí	No										
44	Trastornos de alimentación, bulimia o anorexia	Sí	No										
45	Disminución de peso, ¿cuántos kilos en el último año?	___kgs.											
46	¿Alguna sospecha de estar embarazada o está embarazada? En caso afirmativo, favor de indicar tiempo de gestación	Sí	No										
47	¿Alguno de los partos o cesáreas se presentó antes de la semana 37 de embarazo?	Sí	No										
48	El peso de el(los) recién nacido(s) ¿fue menor a 2 kilos?	Sí	No										
49	¿Le indicaron que algunos del (los)embarazo(s) fue(ron) antes de tiempo)	Sí	No										
50	Fuma (cigarro, puro, pipa)	Sí	No										
	Cantidad diaria:												
	Desde cuando fuma o dejó de fumar												
51	Ingiere bebidas alcohólicas	Sí	No										
	Clase:												
	Frecuencia: (no contestar ocasional ni social)												
52	Consume o consumió marihuana, cocaína, lsd o cualquier tipo de droga	Sí	No										
	Clase:												
	Frecuencia:												
Alguna vez le han practicado:													
53	Electrocardiogramas	Sí	No										
54	Análisis o pruebas de laboratorio	Sí	No										
55	Radiografías, ultrasonido	Sí	No										
56	Tomografías o resonancias	Sí	No										
57	¿Y le han dicho que los resultados son ANORMALES?	Sí	No										
58	¿Alguna otra enfermedad o padecimiento diferente a las mencionadas?	Sí	No										

Avisos Legales

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.

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

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.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Titular

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 12 de agosto de 2020, con los números CNSF-S0003-0384-2020/CONDUSEF-001465-12; CNSF-S0003-0385-2020/CONDUSEF-001464-11; CNSF-S0003-0386-2020/CONDUSEF-001463-12; CNSF-S0003-0387-2020/CONDUSEF-002662-10.

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>

Identificación del Cliente - Persona Física

Fecha:

I. Datos Generales del Contratante / Asegurado

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:

País de Nacimiento: Nacionalidad: Teléfono:

Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P.:

Número de serie del certificado digital de (e-FIRMA)* : E-mail*:

Tipo de Identificación: Vigencia: Número:

¿Tiene residencia fiscal/tributaria en un país diferente a México? País de residencia adicional

¿Es ciudadano de los Estados Unidos de América o territorios asociados?¹ Tax ID/TIN²

II. Información Laboral/Financiera

Ocupación o profesión, actividad o giro del negocio:

Principal fuente de ingresos: Salario/honorarios Patrimonio/Ahorro/Pensión Negocio propio
 Herencia Venta de Inmuebles Ingresos por Intereses Indemnizaciones Arrendamiento

Origen de los recursos para la adquisición del producto: Herencia Ventas del negocio Ventas de inmuebles
 Patrimonio/Ahorro Honorarios/Sueldos Otro ¿Cuál?

Estimación de Aportaciones y Retiros Mensuales (Llenar tabla, solo en caso de los productos de Ahorro e Inversión)

Tipo de Transacción	Número de transacciones estimadas por mes			Monto de operaciones estimadas por mes En miles de pesos MXN		
	0 - 3	4 - 6	+ de 6	0 a 500	500 a 1000	+ de 1000
Depósitos						
Retiros						

III. Investigación Acerca del Cliente

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, han sido jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios, gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos. Si No

Nombre: Describa Puesto: Extranjero
 Periodo desde: hasta Parentesco: Nacional

¿Actúa por nombre y cuenta propia? Si No Nombre y Apellidos:

¿Es usted propietario de los recursos con los que pagará la póliza? Si No³

IV. Documentos Recibidos

RFC* CURP* Identificación Oficial Comprobante de Domicilio W8 /W9⁴

Identificación del Cliente - Persona Física

V. Avisos Legales

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.

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>

.....
Nombre y Firma del Agente o Asesor

.....
Nombre y Firma del Contratante

El presente se firma por el Agente o Asesor y por el Contratante o Representante o Apoderado Legal del Contratante, quien manifiesta que cuenta con las facultades necesarias para firmar este documento.

Los documentos anexos a este formato, fueron cotejados con los originales.

* Solo si cuenta con ellos.

¹ Países asociados: Puerto Rico, Islas Marianas del Norte, Guam, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Samoa Americana.

² Dato obligatorio en caso de responder "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores.

³ Si el cliente señala "No", se deberán recabar los mismos datos y documentos descritos en el presente formato.

⁴ Obligatorio en caso de ser ciudadano o contar con residencia norteamericana adjuntar formato de auto-certificación W9/W8 y número de TIN (Número de Identificación fiscal, por sus siglas en inglés: *Tax Identifier Number*). El formato se puede descargar en <https://www.irs.gov/forms-instructions>