

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgencias en el Extranjero     | <input type="checkbox"/> Enfermedades Catastróficas Internacionales | <input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible por Accidente |
| <input type="checkbox"/> Reducción de Tope de Coaseguro | <input type="checkbox"/> Muerte Accidental en Viajes Aéreos         | <input type="checkbox"/> Estudios en el Extranjero              |
| <input type="checkbox"/> Protección Familiar            | <input type="checkbox"/> Allianz Dental Más Ultra                   | <input type="checkbox"/> Dependiente..... Fecha.....            |
| <input type="checkbox"/> Allianz World Class            | <input type="checkbox"/> Dinero en Efectivo por Hospitalización     | <input type="checkbox"/> Dependiente..... Fecha.....            |
| <input type="checkbox"/> Allianz Plus                   |   | <input type="checkbox"/> Garantía de Conversión                 |
|   |   | <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios                      |

Deportes y Actividades Peligrosas:	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5
Grupo A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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?		¿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?		¿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?..... ¿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?..... ¿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"/>	

