

Línea OptiMaxx

Solicitud de Movimientos a la póliza (una por póliza)

Producto: ☐ OptiMaxx plus ☐ OptiMaxx educación ☐ OptiMaxx protección
☐ OptiMaxx elite ☐ OptiMaxx patrimonial ☐ Otro: _____

Póliza No. _____ Folio o Referencia Bancaria: _____

Nombre del Contratante (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno)

El que suscribe asegurado de la póliza en referencia, solicita a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros lo siguiente:

Para todos los productos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Corrección del Nombre del Asegurado | ☐ Cambio de E-mail |
| ☐ Cambio de Domicilio | ☐ Cambio de Número Telefónico |
| ☐ Cambio de Forma de pago / Conducto de cobro | ☐ Cambio de Agente |
| ☐ Cambio de R.F.C. | ☐ Rehabilitación (sólo para OptiMaxx protección) |
| ☐ Cambio de Fecha de Nacimiento | ☐ Cancelación a petición |
| ☐ Cambio de hábitos (Fumador / No Fumador) | ☐ Cambio o modificación de datos del Contratante |
| ☐ Cambio de Sexo | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Cambio de Beneficiarios | |

Para productos de ahorro e inversión

- | | |
|---|--|
| ☐ Cambio de CLABE Bancaria para Retiros | ☐ Retiro Total y/o Retiro Parcial |
| ☐ Traspaso entre Alternativas de Inversión | ☐ Duplicado de Estado de Cuenta (electrónico) |

Para cambio de coberturas (OptiMaxx educación y protección)

- | | |
|---|--|
| ☐ Inclusión / modificación de coberturas | ☐ Exclusión de coberturas |
|---|--|
- Suma Asegurada solicitada (solo para inclusión / modificación)

OptiMaxx educación

- | | |
|--|---|
| ☐ Seguro por Doble Aportación | N/A |
| ☐ Seguro Complementario de Vida | ☐ 250,000 ☐ 500,000 ☐ 750,000 ☐ 1,000,000 |

OptiMaxx protección

- | | |
|--|-------|
| ☐ Básica por fallecimiento | _____ |
| ☐ Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente | N/A |
| ☐ Muerte Accidental | _____ |
| ☐ Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas | _____ |
| ☐ Pago adicional por Invalidez Total y Permanente | _____ |
| ☐ Devolución de Primas | N/A |

Favor de especificar los detalles del movimiento solicitado

Autorización

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que todas las Condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración. La aceptación por Allianz México, S.A.

Compañía de Seguros de las modificaciones a efectuar, se notificará en el endoso o documentación que la misma remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

Lugar y fecha de firma

Nombre completo y firma del asegurado / titular