

## Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Fecha ..... Lugar .....

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada
3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza
4. Este documento no será válido con tachaduras y enmendaduras. No se aceptan cambios posteriores sobre lo declarado

Motivo de la Reclamación  Reembolso  Pago Directo  
 Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico

Tipo de Reclamación  Accidente  Enfermedad  Embarazo

### Datos del Paciente

Nombre o Razón Social del Contratante ..... No. de Póliza .....

Asegurado Titular .....  
Apellido Paterno ..... Apellido Materno ..... Nombre(s) ..... RFC o CURP .....

Nombre del Asegurado .....  
Apellido Paterno ..... Apellido Materno ..... Nombre(s) ..... RFC o CURP .....

Número de Certificado ..... Fecha de alta  día  mes  año  Nacionalidad .....

Fecha de Nacimiento  día  mes  año  Sexo ..... Parentesco con el Titular .....

Correo electrónico ..... Teléfono LADA ( ) .....

Domicilio / Calle ..... No. Exterior ..... No. Interior .....

Colonia ..... C.P. ..... Estado .....

Delegación ..... Ocupación o Profesión .....

Empresa para la que trabaja ..... Giro de la empresa .....

### Información General

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra Compañía? Sí  No

Si su respuesta fue afirmativa, por favor indique:

Número de Siniestro ..... Compañía .....

Fecha de Reclamación  día  mes  año

¿Cuenta actualmente con otro seguro? Sí  No  Compañía .....

Tipo de Reclamación Inicial  Complementaria

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad  día  mes  año

Fecha en que visitó por primera vez al médico por causa de esta enfermedad  día  mes  año

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó .....

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación .....

En caso de accidente, por favor detalle cómo y dónde fue .....

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público) .....

En caso de accidente automovilístico, ¿cuenta usted con seguro de automóvil? Sí  No

Nombre de la Compañía ..... Cobertura .....

Suma Asegurada ..... No. de Póliza .....

Compañía del Tercero.....

Estuvo hospitalizado            Sí             No             Días de Estancia .....

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? .....

Nombre del Médico Tratante ..... Especialidad .....

Dirección ..... Tel. .... E-mail .....

Lugar donde fue atendido            Consultorio             Hospital             Domicilio Asegurado             Otro

Hospital en que fue atendido

Mencione por favor los Médicos que ha consultado en los últimos años:

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha	Teléfono e-mail
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**Documentos a Presentar**

1. Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente)
2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento)
4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento
6. Copia de identificación oficial para el contratante (IFE, pasaporte) sólo si es persona física

**Nota:**

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Allianz México, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Allianz México, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Allianz México la información de su conocimiento y que a su vez Allianz México proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

**Instructivo de Pago Finiquito**

Favor de requisitar los siguientes datos sólo si desea que sus pagos se realicen por transferencia electrónica, en caso contrario el pago se realizará con cheque.

**Nota importante:** Al efectuarse el depósito o transferencia por medio de la cuenta correspondiente a la clabe mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México, el más amplio finiquito, que en derecho proceda a éste reclamo, liberándola de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil o de cualquier otra naturaleza. Asimismo, reconozco que es mi responsabilidad otorgar a la Aseguradora el número de cuenta correcto para que se aplique la transferencia o depósito, por lo tanto, si existe un error en los dígitos de la cuenta bancaria y la transferencia o depósito se efectúa a una cuenta distinta por causas que me sean imputables, desde este momento libero de cualquier responsabilidad a Allianz México. Por este conducto solicito y autorizo a Allianz México para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del o de los contratos de Seguro concertados con esta Aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

El depósito lo solicito para:            Sólo este trámite             Todos los trámites de este siniestro

Nombre del Banco: ..... CLABE

Proporcione un e-mail para confirmación de depósito: .....

La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias. Es necesario que en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el titular de la póliza como Titular o Cotitular de la misma y firme en ella de forma independiente. Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Allianz México el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Lugar            Fecha (dd/mm/aa)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Afectado