



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 o acta de nacimiento en caso de menores de edad)
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 correspondientes y su participación en el evento.

#### Notas

Se les informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la Institución.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que se requiera, tales como: resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación, en relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.

### 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. Por este conducto solicito y autorizo a Allianz México, S.A. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del o de los contratos de Seguro concertados en 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: BBVA Bancomer ..... Banamex .....

Scotiabank ..... Banorte ..... Santander .....

No. de Plaza ..... CLABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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