



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