

## Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
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 al clausulado de la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras y enmendaduras. No se aceptan cambios posteriores sobre lo declarado. Cualquier modificación a lo originalmente declarado, será considerada como una inexacta declaración.

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    Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento    Sexo \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono LADA ( ) Casa \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Domicilio / Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_ Ocupación/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

¿Cuenta actualmente con otro seguro? ☐ Sí ☐ No Compañía \_\_\_\_\_

### Tipo de Reclamación

Tipo de Reclamación: ☐ Inicial (es la primera vez que se presentan gastos por este evento)  
☐ Complementaria (cuando ya se han presentado gastos por este evento)

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

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

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó \_\_\_\_\_

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación \_\_\_\_\_

## Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

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 .....

Nombre ..... Especialidad ..... Causa: .....

Fecha ..... Teléfono: ..... E-mail .....

### Documentos a Presentar

#### Nota

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

### Información para Transferencia Electrónica

**Favor de requisitar los siguientes datos para la realización de sus pagos, los cuales se realizarán por transferencia electrónica.**

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, S.A., Compañía de Seguros, 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, S.A., Compañía de Seguros.

## Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Por este conducto solicito y autorizo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, 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 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

    E-mail para confirmar depósito:.....

Si la cuenta referida pertenece a Banamex, producto Pagomático, referir Número de Tarjeta (16 dígitos):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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, S.A., Compañía de Seguros, el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este reclamo.

**Acepto que los datos proporcionados en la contratación y administración de mi póliza pueden ser usados por Allianz en apego a la "Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares" y al aviso de privacidad de Allianz México S.A. Compañía de Seguros en dirección [www.allianz.com.mx](http://www.allianz.com.mx).**

En los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consciente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan.

Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, 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 la Compañía Aseguradora, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo datos personales sensibles, tal y como historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento por Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación.

Para los mismos fines, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente haya solicitado o con las que haya contratado algún seguro, para que proporcionen la información de su conocimiento. Relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar dicha 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, S.A., Compañía de Seguros, la información de su conocimiento y que a su vez Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, 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.

Por lo anterior, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que se ha hecho de mi conocimiento la finalidad para la cual serán tratados mis datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales, conforme al Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato que fue puesto a mi disposición, por lo que otorgo mi consentimiento para que se realicen las gestiones necesarias para el trámite de la presente reclamación, incluso en caso de error u omisión de mi parte al anotar la razón social de la Aseguradora.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles o patrimoniales de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad de la Aseguradora con la que tengo celebrado el contrato.



Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad

Acepto que los documentos presentados para la integración del expediente del siniestro o bien que fueron agregados al presente formato, fueron cotejados con sus originales, por lo tanto, no será cuestionada su originalidad ante las autoridades administrativas y judiciales y harán las veces de documentos originales para fines probatorios.

|                            |                             |       |                  |
|----------------------------|-----------------------------|-------|------------------|
| .....                      | .....                       | ..... | .....            |
| Nombre y Firma del Titular | Nombre y Firma del Afectado | Lugar | Fecha (dd/mm/aa) |