

**RESPONSIVA POR PAGO DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS A FAVOR DE UN
TERCERO**

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros.
P r e s e n t e.

Ref.- Póliza: _____
Siniestro: _____

(Nombre completo del Asegurado Titular), en mi carácter de Asegurado Titular de la póliza número _____, señalando como domicilio para oír y recibir todo tipo de notificaciones y documentos el ubicado en _____, ante esta Institución aseguradora me permito exponer lo siguiente:

Cedo los derechos que derivan de la indemnización por reembolso de los gastos médicos a favor de _____ (Agregar el nombre de la persona física) que ascienden a la cantidad total de _____ **\$000,000.00 (Agregar Importe con número y letra 00/100 M.N.).**
Motivo por el cual, solicito se genere el pago a favor de la citada persona.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la cesión de derechos no se realiza en perjuicio de acreedores o de terceros. El nuevo titular de la indemnización deberá ser identificado [en términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.](#)

Por lo anterior, otorgo a favor de Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, el finiquito más amplio que derecho proceda y la libero de cualquier responsabilidad presente o futura, que pudiera derivar del pago del siniestro arriba indicado, no reservándome ninguna acción legal o derecho de naturaleza civil, mercantil y/o administrativa, que derive del reembolso de los gastos médicos de la póliza de seguro número _____ (Agregar número de póliza) manifestación que se hace para todos los efectos legales a que haya lugar.

México, Distrito Federal, a ____ de _____ del Año 20____.

(Nombre y Firma del Asegurado Titular)
(Se debe recabar copia de la identificación oficial del firmante)