

Allianz Vida

Allianz Seguros

Póliza n°:

Datos Generales

Tomador

Apellidos: _____ Nombre: _____

Asegurado o Lesionado

Apellidos: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ N.I.F.: _____

Profesión: _____ Fecha Nacimiento: Trabaja por: Cuenta Propia Cuenta Ajena Funcionario

Lugar donde se encuentra el enfermo (País) _____

¿Está afiliado a la Seguridad Social? SÍ NO

Causa de la asistencia médica

Accidente

¿Cómo ocurrió? _____

Fecha: ¿Dónde? _____

Lesiones sufridas _____

Tratamiento prescrito _____

Enfermedad

Descripción de los síntomas _____

Tratamiento prescrito _____

¿Había acudido anteriormente a otro médico por este motivo? _____

En caso afirmativo diagnóstico y tratamiento seguido _____

Discapacidades preexistentes

Indicar si en el momento del siniestro, el Asegurado padecía alguna enfermedad, mutilación, defecto físico o psíquico independiente del accidente o enfermedad sufrida NO SÍ _____

Descripción del defecto, causa y fecha del mismo _____

Embarazo

¿Está embarazada? NO SÍ ¿de cuántos meses? _____

¿Es consecuencia o secuela del embarazo el accidente o enfermedad sufrido? _____

¿Ha sido ingresado en un hospital estacionariamente? NO SÍ

Indicar Nombre y domicilio del hospital _____

Desde _____ Hasta _____

¿Ha finalizado el tratamiento? SÍ NO Indicar duración _____

En _____, a _____ de _____ de _____

El Asegurado o
su representante legal