

Lesiones

Describe la naturaleza de las lesiones sufridas

Primera atención médica recibida por: Médico generalista
 Especialista
 Médico del hospital

Fecha / /

Incapacidad para trabajar desde / / hasta / /

¿Fue necesario un ingreso en el hospital? Sí No

Por favor especifica

Fecha de ingreso / /

Fecha prevista de alta / /

Nombre y dirección del hospital

Documentos adjuntos

Número de documentos adjuntos:

- Certificado médico
- Facturas y honorarios
- Atestado policial del accidente
- Otro (especificar)


 Firma del empleado

Fecha / /

Acepto las condiciones generales. Certifico que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. La emisión de solicitudes de reembolso falsas, dar información engañosa u ocultar información relacionada con ellas constituyen un delito punible por la ley. Confirmando que he leído y comprendido completamente el aviso de protección de datos de Allianz Care (www.allianzcare.com/es/privacidad). Si doy a Allianz Care información personal relacionada con otros, les informaré sobre el aviso de protección de datos de Allianz Care

Envía este formulario debidamente completado:

 Correo electrónico: Claims@allianzworldwidecare.com

 Correo postal: Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda