

**Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa**
**INSTRUCCIONES:**

- ESTE AVISO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA.
- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, SEGUROS INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN, NI RENUNCIA A NINGÚN DERECHO, MISMO QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN				TIPO DE RECLAMACIÓN			
PAGO DIRECTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		EMBARAZO <input type="checkbox"/>	
						ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE				No. DE PÓLIZA			
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO TITULAR				R.F.C. o CURP			
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO AFECTADO				R.F.C. o CURP			
No. CERTIFICADO DEL ASEGURADO AFECTADO		FECHA ALTA		NACIONALIDAD			
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO CON EL TITULAR	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE CONTACTO (INCLUIR CLAVE LADA) [       ]			
DOMICILIO: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA		C.P.	
ESTADO		DELEGACIÓN		OCUPACIÓN o PROFESIÓN	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA	GIRO DE LA EMPRESA	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN OTRA COMPAÑÍA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO			
COMPAÑÍA				FECHA DE ALTA			
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		COMPAÑÍA		No. DE PÓLIZA			
TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>		INDIQUE EL TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ					
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 ESTA ENFERMEDAD		_____					
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN							
SI ES ACCIDENTE, DETÁLLESE ¿CÓMO Y DÓNDE FUÉ?							
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)							
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA					
COBERTURA	SUMA ASEGURADA	No. DE PÓLIZA		COMPAÑÍA DEL TERCERO			
HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO EN QUE FUE ATENDIDO							
¿QUÉ ESTUDIOS LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO?							
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE				ESPECIALIDAD			
DIRECCIÓN				TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO			
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?				CAUSA		FECHA	
				TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO			
<b>DOCUMENTOS A PRESENTAR</b>							
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 18 AÑOS QUE NO CUENTEN CON PASAPORTE, CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA O HUELLA DIGITAL).							
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.							
<b>NOTAS</b>							
SE INFORMA QUE LA OMISIÓN, INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE AVISO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A SEGUROS INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA.							
EN ESTE ACTO AUTORIZÓ A SEGUROS INBURSA S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA PARA QUE EN CASO DE QUE ASÍ LO DECIDA ESA ASEGURADORA, SOLICITE, REQUIERA Y OBTenga DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS QUE ME HAYAN ATENDIDO O QUE ME ATIENDAN EN LO SUCESIVO, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE MI(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES)							
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR				NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO			
FECHA:		LUGAR:					

