

Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa

**INSTRUCCIONES:**

1. ESTE AVISO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
2. ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA.
3. 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, MISMOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
4. 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						EN CASO DE REQUERIR MEDICAMENTOS Y DE ESTAR APROBADO EL SINIESTRO LLAMAR A LOS NÚMEROS 5447-8089 O 01800 7124237 PARA ENVÍO A DOMICILIO.				
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:						