

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 RENUNCIAR 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							
REEMBOLSO <input type="radio"/>		PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO <input type="radio"/>		PAGO DIRECTO <input type="radio"/>		ACCIDENTE <input type="radio"/>		EMBARAZO <input type="radio"/>		ENFERMEDAD <input type="radio"/>	
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="radio"/> F <input type="radio"/>	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="radio"/> NO <input type="radio"/>						SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO					
COMPAÑÍA								FECHA DE ALTA			
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		COMPAÑÍA						No. DE PÓLIZA			
TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL <input type="radio"/> COMPLEMENTARIA <input type="radio"/>				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="radio"/> NO <input type="radio"/>						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			

**DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- 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).
- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.).
- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.

**NOTAS**  
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) ANTERIORES Y/O ACTUAL(ES)

FECHA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO