INBURSA Seguros

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

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		
REEMBOLSO ◯	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO ◯	PAGO DIRECTO ◯	ACCIDENTE ◯	EMBARAZO ◯	ENFERMEDAD ◯

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 ◯ F ◯	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 ◯ NO ◯	SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO

COMPAÑÍA	FECHA DE ALTA

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI ◯ NO ◯	COMPAÑÍA	No. DE PÓLIZA

TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL ◯ COMPLEMENTARIA ◯

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 TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ

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 ◯ NO ◯	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
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.

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) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES)

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA: _____ LUGAR: _____

F-346-2