

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 ☐ NO ☐		PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO ☐		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 ☐		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 ☐ 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: _____			

PAGO POR TRANSFERENCIA – ORDEN DE PAGO

CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRAMITE PARA EL PAGO DE SU REEMBOLSO, SEGUROS INBURSA, PONE A SU DISPOSICION EL SERVICIO DE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA O EN IMPORTES MENORES A \$2,000.00 ORDEN DE PAGO, SIN COSTO ALGUNO PARA USTED, SI DESEA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS, FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO:

México, D.F. a _____ de _____ del _____.

Seguros Inbursa, S.A.
Grupo Financiero Inbursa
Presente

Por Medio de la presente solicito que los pagos de Indemnización por Reclamaciones de Gastos Médicos Mayores, que esa Institución deba efectuar a mi favor los deposite en la Siguiente Cuenta Bancaria:

Nombre del Banco _____

Número de Cuenta (Clabe)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nota: La cuenta debe Constar de 18 dígitos sin excepción y debe ser llenado con letra clara y no se aceptaran tachaduras o enmendaduras).

NOTAS IMPORTANTES:

A) En caso de que se CANCELE la Cuenta Bancaria debe notificarse por escrito a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, a través de las Sucursales en su localidad con los siguientes requisitos:

- 1.- Indicar el Banco y la Clabe que se cancela y la fecha de cancelación de la misma.
- 2.- Nombre completo y firma del Titular de la Cuenta.
- 3.- Anexar copia fiel de su Identificación Oficial por ambos lados (IFE o PASAPORTE)

B) Indicar la nueva cuenta en donde se realizaran los depósito requerido nuevamente este formato.

C) En caso de que el depósito sea Rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la cuenta que nos indique.

Al recibir de Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa el Pago por el monto que proceda de esta Reclamación Inicial o Complementos posteriores, por el(los) padecimiento(s) o lesión(es) que se encuentra(n) cubierto(s) de acuerdo a las Condiciones de la Póliza contratada, ya sea mediante Transferencia Electrónica, Orden de Pago o Cheque, declaro que no me reservo ninguna acción pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Atentamente,

Nombre Completo

Firma