

CONTRATANTE				No. DE PÓLIZA		PLAN	
NOMBRE DEL ASEGURADO							
NOMBRE DEL AFECTADO						PARENTESCO CON EL ASEGURADO	
DIRECCIÓN PARTICULAR						TELÉFONO	
SEXO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DDMM/AA)		EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACIÓN	
LUGAR DONDE TRABAJA				SALARIO MENSUAL		FECHA DEL ACCIDENTE (DDMM/AA)	
LUGAR Y CONDICIONES EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, SIRVASE DAR AMPLIOS DETALLES							
SI TIENE OTROS SEGUROS DE ACCIDENTE EN OTRAS COMPAÑÍAS, SIRVASE DAR EL NOMBRE DE ESAS INSTITUCIONES, EL PLAN DEL SEGURO Y LAS SUMAS ASEGURADAS							
COMPAÑÍAS ASEGURADORAS				PLAN		SUMA ASEGURADA	
A)							
B)							
C)							
D)							
SI ESTÁ PRESENTANDO RECLAMACIÓN POR EL ACCIDENTE OBJETO DE ESTE AVISO A OTRAS COMPAÑÍAS, LE AGRADECEMOS PROPORCIONAR AMPLIOS DETALLES							
ESTA UD. INCAPACITADO			LUGAR DONDE SE ENCUENTRA RECLUIDO				
TOTALMENTE	PARCIALMENTE						
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATIENDE AL AFECTADO						ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO						TELÉFONO	
LESIONES QUE RECIBIÓ EL AFECTADO							
<p>POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO A MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, GABINETES, LABORATORIOS, QUE NOS HAYAN ATENDIDO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD TANTO A MÍ COMO A MI CÓNYUGE Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS PARA QUE PROPORCIONE A <b>SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA</b> TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A ENFERMEDADES ANTERIORES O ACTUALES DE CADA UNO DE NOSOTROS, EN LA INTELIGENCIA DE QUE POR LO QUE RESPECTA A ÉSTOS CASOS, RELEVO A LAS ALUDIDAS PERSONAS DEL SECRETO PROFESIONAL RESPECTIVO.</p> <p>ASIMISMO, AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.</p>							
FECHA				NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO			