

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 SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA 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 _____	