

## AVISO DE ACCIDENTE

CONTRATANTE			No. DE POLIZA		PLAN
NOMBRE DEL ASEGURADO					
NOMBRE DEL AFECTADO				PARENTESCO CON EL ASEGURADO	
DIRECCION PARTICULAR				TELEFONO	
SEXO	F. DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACION
LUGAR DONDE TRABAJA			SUELDO MENSUAL		FEHCA DEL ACCIDENTE (DD/MM/AA)
LUGAR Y CONDICIONES EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, SIRVASE DAR AMPLIOS DETALLES					
SI TIENE OTROS SEGUROS DE ACCIDENTE EN OTRAS COMPAÑIAS, SIRVASE DAR EL NOMBRE DE ESAS INSTITUCIONES, EL PLAN DEL SEGURO Y LAS SUMAS ASEGURADAS					
COMPAÑIAS ASEGURADORAS			PLAN		SUMA ASEGURADA
A)					\$
B)					\$
C)					\$
D)					\$
SI ESTA PRESENTANDO RECLAMACION POR EL ACCIDENTE OBJETO DE ESTE AVISO A OTRAS COMPAÑIAS. LE AGRADECEMOS PROPORCIONAR AMPLIOS DETALLES.					
ESTA UD. INCAPACITADO			LUGAR DONDE SE ENCUENTRA RECLUIDO		
TOTALMENTE		PARCIALMENTE	X		
NOMBRE DEL MEDICO QUE ATIENDE AL AFECTADO				ESPECIALIDAD	
DIRECCION DEL CONSULTORIO				TELEFONO	
LESIONES QUE RECIBIO EL AFECTADO					
<p>POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO A MEDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLINICAS, GABINETES, LABORATORIOS, QUE NOS HAYAN ATENDIDO PARA DIAGNOSTICO O TRATAMIENTOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD TANTO A MI COMO A MI CONYUGE , Y DEPENDIENTES ECONOMICOS PARA QUE PROPORCIONE A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA TODOS, DE QUE POR LO QUE RESPECTA A ESTOS CASOS, RELEVO A LAS ALUDIDAS PERSONAS DEL SECRETO PROFESIONAL RESPECTIVO.</p> <p>ASIMISMO, AUTORIZO A LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO POLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACION DE LA RECLAMACION.</p>					
FECHA	31/5/2026		NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO		