

## AVISO DE ENFERMEDAD

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				FEHCA EN QUE POR PRIMERA VEZ SE MANIFESTARON LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD (DD/MM/AA)	
SI TIENE OTROS SEGUROS DE ENFERMEDAD 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)				\$	
ESTA UD. INCAPACITADO			LUGAR DONDE SE ENCUENTRA RECLUIDO		
TOTALMENTE		PARCIALMENTE	X		
NOMBRE DEL MEDICO QUE ATIENDE AL AFECTADO			ESPECIALIDAD		
DIRECCION DEL CONSULTORIO				TELEFONO	
NOMBRE DEL MEDICO DE CABECERA Y DE OTROS QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR				ESPECIALIDAD	
A)					
B)					
C)					
ENFERMEDAD PROBABLE QUE PADECE					
<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	