

CONTRATANTE		No. DE PÓLIZA	PLAN	
NOMBRE DEL ASEGURADO				
NOMBRE DEL AFECTADO		PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
DIRECCIÓN PARTICULAR			TELÉFONO	
SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	FECHA DE NACIMIENTO (DDMM/AA)	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN
LUGAR DONDE TRABAJA		FECHA EN QUE POR PRIMERA VEZ SE MANIFESTARON LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD (DDMM/AA)		
SI TIENE OTROS SEGUROS DE ENFERMEDAD 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)				
ESTA UD. INCAPACITADO		LUGAR DONDE SE ENCUENTRA RECLUIDO		
TOTALMENTE	PARCIALMENTE			
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATIENDE AL AFECTADO			ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO			TELÉFONO	
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA Y DE OTROS QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR			ESPECIALIDAD	
A)				
B)				
C)				
ENFERMEDAD PROBABLE QUE PADECE				
<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 ESTOS 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		