

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						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 _____ <div style="float: right;">NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO _____</div>							