

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
LUGAR DONDE TRABAJA		SUELDO MENSUAL	
FECHA 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			
COMPANIAS 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			
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.			
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.			
FECHA	22/12/2025		
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO			