

## 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						FECHA 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 <u>22/12/2025</u>				NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO			