

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	OCCUPACION
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.				
COMPANIAS 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	22/12/2025			
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DA AVISO				