

Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa

**INSTRUCCIONES:**

- ESTE AVISO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA.
- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, SEGUROS INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN, NI RENUNCIA A NINGÚN DERECHO, MISMO QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN				TIPO DE RECLAMACIÓN							
REEMBOLSO <input type="radio"/>		PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO <input type="radio"/>		PAGO DIRECTO <input type="radio"/>		ACCIDENTE <input type="radio"/>		EMBARAZO <input type="radio"/>		ENFERMEDAD <input type="radio"/>	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE								No. DE PÓLIZA			
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO TITULAR								R.F.C. o CURP			
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DE ASEGURADO AFECTADO								R.F.C. o CURP			
No. CERTIFICADO DEL ASEGURADO AFECTADO						FECHA ALTA		NACIONALIDAD			
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	PARENTESCO CON EL TITULAR			CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO DE CONTACTO (INCLUIR CLAVE LADA) [    ]			
DOMICILIO: CALLE			No. EXTERIOR		No. INTERIOR		COLONIA		C.P.		
ESTADO				DELEGACIÓN		OCUPACIÓN o PROFESIÓN		LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA		GIRO DE LA EMPRESA	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN OTRA COMPAÑÍA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO					
COMPAÑÍA								FECHA DE ALTA			
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		COMPAÑÍA						No. DE PÓLIZA			
TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL <input type="radio"/> COMPLEMENTARIA <input type="radio"/>				INDIQUE EL TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ							
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD				_____							
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD				_____							
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN											
SI ES ACCIDENTE, DETÁLLESE ¿CÓMO Y DÓNDE FUÉ?											
AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO)											
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						NOMBRE DE LA COMPAÑÍA					
COBERTURA			SUMA ASEGURADA			No. DE PÓLIZA			COMPAÑÍA DEL TERCERO		
HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO EN QUE FUE ATENDIDO											
¿QUÉ ESTUDIOS LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO?											
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE								ESPECIALIDAD			
DIRECCIÓN								TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO			
¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?								CAUSA		FECHA	
								TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO			

**DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE).
- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS QUE NO CUENTEN CON PASAPORTE, CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA O HUELLA DIGITAL).
- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC.).
- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.

**NOTAS**  
SE INFORMA QUE LA OMISIÓN, INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE AVISO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A SEGUROS INBURSA, S.A, GRUPO FINANCIERO INBURSA.

EN ESTE ACTO AUTORIZÓ A SEGUROS INBURSA S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA PARA QUE EN CASO DE QUE ASÍ LO DECIDA ESA ASEGURADORA, SOLICITE, REQUIERA Y OBTENGA DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS QUE ME HAYAN ATENDIDO O QUE ME ATIENDAN EN LO SUCESIVO, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE MI(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIORES Y/O ACTUAL(ES)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

## PAGO TRANSFERENCIA

**ESTIMADO ASEGURADO:**

CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRÁMITE PARA EL PAGO DE SU REEMBOLSO, SEGUROS INBURSA PONE A SU DISPOSICIÓN EL SERVICIO DE PAGO POR TRANSFERENCIA INTERBANCARIA SIN COSTO ALGUNO PARA USTED. SI DESEA HACER USO DE ESTE SERVICIO, FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

**INSTRUCTIVO DE LLENADO:**

1. FECHA EN QUE SE ESTÁ REQUISITANDO EL FORMATO DIA/MES/AÑO.
2. NOMBRE DEL BANCO DONDE SE REALIZARÁ EL DEPÓSITO.
3. INDICAR EL NÚMERO DE LA CLABE A 18 POSICIONES, COLOCANDO UN NÚMERO POR CASILLA.
4. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA DONDE SE DEPOSITARÁ EL IMPORTE DE LA RECLAMACIÓN.
5. DATOS PARTICULARES: INDICAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA, EL REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON LA HOMOCLOAVE, CURP, DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NUMERO EXTERIOR, EDIFICIO, NO. INTERIOR, CODIGO POSTAL, COLONIA, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD, ESTADO, TELÉFONO PARTICULAR, CORREO ELECTRÓNICO).
6. INDICAR LOS DATOS DE SU PÓLIZA: EMISOR, CARPETA, FAMILIA, CIS.
7. ADJUNTAR COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (IFE O PASAPORTE)

MÉXICO, D.F. A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_.

**SEGUROS INBURSA, S.A.  
GRUPO FINANCIERO INBURSA  
P R E S E N T E**

POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO QUE LOS PAGOS DE INDEMNIZACIÓN POR RECLAMACIONES DE GASTOS MÉDICOS QUE ESA INSTITUCIÓN DEBA EFECTUAR A MI FAVOR LOS DEPOSITE EN LA SIGUIENTE CUENTA:

BANCO \_\_\_\_\_

NO. DE CUENTA BANCARIA O CLABE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(NOTA: LA CUENTA DEBE CONSTAR DE 18 DÍGITOS)

A T E N T A M E N T E,

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DATOS PARTICULARES				
NOMBRE DEL SOLICITANTE:		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
R.F.C.	HOMOCLOAVE		CURP	
CALLE			NÚMERO	EDIFICIO
NO. INTERIOR	C.P.	COLONIA		
DELEGACIÓN/MUNICIPIO			CIUDAD	
ESTADO		TELÉFONO PARTICULAR		CORREO ELECTRÓNICO
EMISOR	CARPETA	FAMILIA		CIS

**NOTAS IMPORTANTES:**

A. EN CASO DE QUE SE CANCELE LA CUENTA BANCARIA DEBERÁ NOTIFICARSE POR ESCRITO A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO Ó A TRAVÉS DE LAS SUCURSALES EN SU LOCALIDAD CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- INDICAR EL BANCO Y LA CLABE QUE SE CANCELA Y LA FECHA DE LA MISMA.
- NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CUENTA.
- COPIA FIEL DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.

B. INDICAR LA NUEVA CUENTA A DONDE SE REALIZARÁN LOS DEPÓSITOS A TRAVÉS DEL FORMATO AUTORIZADO.

C. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO PROPORCIONE UN NÚMERO DE CUENTA ERRÓNEO Y EL NÚMERO EXISTA EN EL BANCO, INBURSA SOLICITARÁ LA ACLARACIÓN CON EL BANCO HASTA CONTAR CON EL DINERO, EN ESE MOMENTO SE GENERARÁ EL NUEVO DEPÓSITO.

D. EN CASO DE QUE EL DEPÓSITO SEA RECHAZADO SE PODRÁ GENERAR NUEVAMENTE EL PAGO A LA NUEVA CUENTA, DE NO CONTAR CON EL RECHAZO SERÁ RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO EFECTUAR LAS ACLARACIONES CORRESPONDIENTES CON EL BANCO.

EN CASO DE NO UTILIZAR NUESTRO SERVICIO POR TRANSFERENCIA, USTED DEBERÁ ACUDIR A LA SUCURSAL DE INBURSA DONDE SOLICITO SU TRÁMITE PARA RECOGER EL CHEQUE CORRESPONDIENTE A SU PAGO.

**DEBE SER LLENADA CON LETRA CLARA Y NO SE ACEPTARÁ CON TACHADURAS O ENMENDADURAS.**