

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa  
 Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

**Instrucciones:**

1. Este aviso debe ser llenado y firmado por el usuario.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa, detallada y precisa.
3. Por el hecho de proporcionar esta forma, Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa no queda obligada a la validez de la reclamación, ni renuncia a ningún derecho, mismo que se reserva conforme al documento.
- 4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**Motivo de la reclamación:** Pago directo:  Sí  No **Tipo de reclamación:**  Accidente  Embarazo  
 Programación de cirugía o tratamiento  Enfermedad

**1. Datos generales**

|  |                                    |                            |   |
|--|------------------------------------|----------------------------|---|
| <b>Nombre o razón social del contratante</b>         |                                    | <b>Número de documento</b> |   |
| <input type="text"/>                                 |                                    | <input type="text"/>       |   |
| <b>Nombre(s) y apellidos del usuario titular</b>     |                                    | <b>RFC o CURP</b>          |   |
| <input type="text"/>                                 |                                    | <input type="text"/>       |   |
| <b>Nombre(s) y apellidos del usuario afectado</b>    |                                    | <b>RFC o CURP</b>          |   |
| <input type="text"/>                                 |                                    | <input type="text"/>       |   |
| <b>No. de certificado (CIS) del usuario afectado</b> | <b>Fecha de alta (mm/dd/aa)</b>    | <b>Nacionalidad</b>        | <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               | <input type="text"/>       | <input type="text"/>  |
| <b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)</b>                | <b>Relación o parentesco</b>       | <b>Teléfono</b>            | <b>Correo electrónico</b>   |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               | <input type="text"/>       | <input type="text"/>  |
| <b>Calle</b>   | <b>No. exterior</b>                | <b>Edificio</b>            | <b>No. interior C.P.</b>  |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               | <input type="text"/>       | <input type="text"/>  |
| <b>Colonia</b>                                       | <b>Alcaldía o municipio</b>        |                            |   |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               |                            |   |
| <b>Ciudad o población</b>                            | <b>Entidad federativa</b>          | <b>País</b>                |   |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               | <input type="text"/>       |   |
| <b>Ocupación, profesión o actividad</b>              | <b>Lugar/empresa donde trabaja</b> | <b>Giro de la empresa</b>  |   |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>               | <input type="text"/>       |   |

**¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en otra compañía?**  Sí  No **En caso afirmativo, indique el número de siniestro**

**Compañía**  **Fecha de alta (mm/dd/aa)**

**¿Actualmente tiene otro seguro?**  Sí  No **Compañía**  **Número de póliza**

**Tipo de reclamación:**  Inicial  Complementaria

**Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad (dd/mm/aa)**

**Fecha en que visitó por primera vez al médico por este accidente o enfermedad (dd/mm/aa)**

**Indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó**

**Indique el diagnóstico motivo de su reclamación**

**Si es accidente detalle ¿cómo y en dónde fue?**

**Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)**

**En caso de accidente automovilístico ¿cuenta con seguro de automóvil?**  Sí  No **Compañía**  **Número de póliza**

**Cobertura**  **Suma asegurada**  **Compañía del tercero**

**Hospital, clínica o sanatorio en que fue atendido**

F-2286 MAYO 2021

**¿Qué estudios le realizaron para el diagnóstico y tratamiento?**

|                                   |                           |                             |                     |             |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------|
|                                   |                           |                             |                     |             |
| <b>Nombre del médico tratante</b> |                           | <b>Especialidad</b>         |                     |             |
|                                   |                           |                             |                     |             |
| <b>Calle</b>                      | <b>No. exterior</b>       | <b>Edificio</b>             | <b>No. interior</b> | <b>C.P.</b> |
|                                   |                           |                             |                     |             |
| <b>Colonia</b>                    |                           | <b>Alcaldía o municipio</b> |                     |             |
|                                   |                           |                             |                     |             |
| <b>Ciudad o población</b>         |                           | <b>Entidad federativa</b>   | <b>País</b>         |             |
|                                   |                           |                             |                     |             |
| <b>Teléfono</b>                   | <b>Correo electrónico</b> |                             |                     |             |
|                                   |                           |                             |                     |             |

**Médicos que consultado en los últimos dos años:**

|                          |                           |              |  |                                 |
|--------------------------|---------------------------|--------------|--|---------------------------------|
| <b>Nombre del médico</b> |                           | <b>Causa</b> |  |                                 |
|                          |                           |              |  |                                 |
| <b>Teléfono</b>          | <b>Correo electrónico</b> |              |  | <b>Fecha de alta (mm/dd/aa)</b> |
|                          |                           |              |  |                                 |
| <b>Nombre del médico</b> |                           | <b>Causa</b> |  |                                 |
|                          |                           |              |  |                                 |
| <b>Teléfono</b>          | <b>Correo electrónico</b> |              |  | <b>Fecha de alta (mm/dd/aa)</b> |
|                          |                           |              |  |                                 |

**Documentos a presentar:**

1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de accidente)
2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
3. Copia de identificación oficial vigente del usuario afectado (credencial de elector o pasaporte y en caso de menores de 18 años que no cuenten con pasaporte, cualquier otro documento de identificación oficial con fotografía y firma o huella digital)
4. Recibos de gastos médicos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento

**Notas:**

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 autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa para que en caso de que así lo decida, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido o que me atiendan en los 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) anterior(es) y/o actuales.

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| <b>Lugar</b> | <b>Fecha (dd/mm/aa)</b> |
|              |                         |

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del titular**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del afectado**

**2. Datos bancarios para pago por transferencia**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>Banco</b> | <b>CLABE Interbancaria a 18 dígitos</b> |
|              |   |

**Notas importantes:**

- A) En caso de que se CANCELE la Cuenta Bancaria debe notificarse por escrito a Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa, a través de las Sucursales en su localidad con los siguientes requisitos:
- 1.- Indicar el Banco y la CLABE que se cancele y la fecha de cancelación de la misma.
  - 2.- Nombre completo y firma del Titular de la Cuenta.
  - 3.- Anexar copia fiel de su identificación oficial por ambos lados (credencial de elector o pasaporte).
- B) Indicar la nueva cuenta en donde se realizarán los depósitos, requisitando nuevamente este formato.
- C) En caso de que el depósito sea rechazado, se tendrá que notificar la nueva cuenta.
- D) El beneficiario declara que los datos antes mencionados son correctos, que pertenecen a su cuenta bancaria y que es titular de la misma, en caso contrario deslinda de toda responsabilidad a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa si la transferencia se realiza a otra persona (moral o física).

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>Nombre(s) y apellidos del titular de la cuenta</b> | <b>RFC del titular de la cuenta</b> |
|   |                                     |
| <b>Correo electrónico</b>                             |                                     |
|   |                                     |
| <b>Teléfono</b>                                       |                                     |
|   |                                     |

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del titular de la cuenta**