

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, MISMOS 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					
PAGO DIRECTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA - TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		EMBARAZO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE No. DE SINIESTRO					
COMPAÑÍA						FECHA DE ALTA			
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		COMPAÑÍA				No. DE PÓLIZA			
TIPO DE RECLAMACIÓN: INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>			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="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				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) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES)

F-346-5 AGOSTO 2011

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA: _____ LUGAR: _____

PAGO POR TRANSFERENCIA – ORDEN DE PAGO

CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRAMITE PARA EL PAGO DE SU REEMBOLSO, SEGUROS INBURSA, PONE A SU DISPOSICION EL SERVICIO DE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA U ORDEN DE PAGO (hasta \$2,000.00 en efectivo), SIN COSTO ALGUNO PARA USTED, SI DESEA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS, FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO:

México, D.F. a _____ de _____ del _____.

Seguros Inbursa, S.A.
Grupo Financiero Inbursa
Presente

Por Medio de la presente solicito que los pagos de Indemnización por Reclamaciones de Gastos Médicos Mayores, que esa Institución deba efectuar a mi favor los deposite en la Siguiete Cuenta Bancaria:

Nombre del Banco _____

Número de Cuenta (Clabe)

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

(Nota: La cuenta debe Constar de 18 dígitos sin excepción y debe ser llenado con letra clara y no se aceptaran tachaduras o enmendaduras).

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 cancela 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 (IFE o PASAPORTE)
- B) Indicar la nueva cuenta en donde se realizaran los depósito requisitado nuevamente este formato.
- C) En caso de que el depósito sea Rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la cuenta que nos indique.

Al recibir de Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa el Pago por el monto que proceda de esta Reclamación Inicial o Complementos posteriores, por el(los) padecimiento(s) o lesión(es) que se encuentra(n) cubierto(s) de acuerdo a las Condiciones de la Póliza contratada, ya sea mediante Transferencia Electrónica, Orden de Pago o Cheque, declaro que no me reservo ninguna acción pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Atentamente,

Nombre Completo

Firma

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR VALIDEZ DE NINGUNA RECLAMACIÓN NI EL MONTO DE ELLA, NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS		
		FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	
		FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? SI NO ¿CUÁL? _____

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="center" colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td align="center">DÍA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO										
DÍA	MES	AÑO								

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
---	-------------------------------

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO
CIUDAD:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO:
ESPECIALIDAD	R.F.C.	CELULAR:
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-mail	

PRESUPUESTO

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE REALIZADO AL PACIENTE, CONFORME A LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE SE LE HAN REALIZADO, Y POR LAS REFERENCIAS Y ANTECEDENTES MÉDICOS PROPORCIONADOS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE