

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)

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

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

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



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