

**Para efectos de estar en condiciones de valorar y atender su reclamación, es necesario que nos presente en original, salvo que se indique otra cosa, la siguiente documentación:**

**El Asegurado:**

- Solicitud de pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente, debidamente requisitada, la cual será proporcionada por nosotros.
- Copia certificada de su Acta de Nacimiento.
- Identificación personal vigente a la fecha de presentación donde aparezca su fotografía, domicilio y firma, pudiendo ser: Credencial para votar, emitida por el Instituto Federal Electoral; Pasaporte, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores; Cartilla del Servicio Militar, emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional; Cedula Profesional, proporcionada por la Secretaría de Educación Pública, o Licencia para conducir, proporcionada por la autoridad competente.
- Cuestionario Médico sobre las causas de la Incapacidad Total y Permanente.
- Estudios de Gabinete (Resonancia Magnética, Tomografía, Ultrasonido, etc.).
- Estudios de Laboratorio.
- Dictamen de Invalidez proporcionado por el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E, Médico Particular.
- Copia Certificada de las Actuaciones del Ministerio Público, en caso de que la Invalidez Total y Permanente haya sido a consecuencia de un accidente.

**Para la pólizas de Vida Individual, además de los documentos arriba señalados será necesario el anexar a su reclamación:**

- Póliza de Seguro Individual.
- Último recibo oficial de pago de la prima expedido por Nosotros.

**Para las pólizas de Vida Grupo y Colectivo, además de los documentos arriba señalados, será necesario anexar a su reclamación:**

- Original del Certificado Individual y Consentimiento Individual.
- Último recibo de nómina.
- Aviso de Alta ante el I.M.S.S. (hoja rosa) y Contrato Individual de Trabajo, sólo para el caso de que el Asegurado ingrese al Grupo o Colectividad Asegurada después de la última renovación.

**Para las pólizas de Vida Colectivo Deudores, además de los documentos señalados al principio, será necesario anexar a su reclamación:**

- Copia simple del Contrato del Crédito.
- Certificación de Saldos Insolutos y/o Estado de Cuenta original de inicio del Estado de Invalidez Total y Permanente, expedido(s) por el otorgante del crédito.
- Carta de reclamación del Beneficiario Preferente.

**En caso de actuar mediante apoderado legal, además de los documentos que corresponda presentar, será necesario que éste proporcione y anexe a la reclamación:**

- Su(s) nombre(s) y apellidos
- Nacionalidad
- Identificación personal vigente a la fecha de presentación donde aparezca su fotografía, domicilio y firma, pudiendo ser: Credencial para votar, emitida por el Instituto Federal Electoral; Pasaporte, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores; Cartilla del Servicio Militar, emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional; Cédula Profesional, proporcionada por la Secretaría de Educación Pública; o Licencia para Conducir, proporcionada por la autoridad competente.
- Comprobante de domicilio.
- Documento con que acredite su personalidad.

Datos Generales de Póliza		
Número de Póliza(s):	Tipo de Seguro: Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>	Certificado Número:

Datos Generales del Asegurado								
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)						
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre						
R.F.C.:	CURP:							
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mes</td> <td></td> </tr> </table>	Día	Fecha de Nacimiento	Año		Mes		Lugar de Nacimiento:	
Día	Fecha de Nacimiento	Año						
	Mes							
Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:							

Domicilio Particular			
Calle:	Edificio:	No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	Teléfono No.:

Datos de la Empresa o Patrón donde Presta sus Servicios	
Nombre de la Empresa o Patrón donde presta sus servicios:	Antigüedad en la Empresa:
Actividad o Giro de la Empresa:	
Régimen de Seguridad Social: I.M.S.S. <input type="checkbox"/> I.S.S.S.T.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	No. de Afiliación I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., u Otro:

Información Complementaria								
¿Actualmente se encuentra pensionado por alguna Invalidez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año						
Indicar causas de la invalidez:								
¿Cuenta con otros Seguros de Vida?	Con que otra(s) Compañía(s):	No. de Póliza(s):						
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								

Datos del Apoderado Legal		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Nacionalidad:	Identificación:	No. de Identificación:

Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Calle:	Edificio:	No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	Teléfono No.:
Institución de Salud a la que pertenece:			

**Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:	
Institución de Salud a la que pertenece:					

**Datos del Médico 3 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:	
Institución de Salud a la que pertenece:					

**En caso de haber estado hospitalizado, favor de proporcionar**

Nombre de la Institución:					
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:	

**En caso de haber estado hospitalizado, favor de proporcionar**

Nombre de la Institución:					
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:	

**Información relativa a la Invalidez del Asegurado**

Fecha de inicio de los primeros síntomas de la enfermedad, en caso de accidente, la fecha del mismo:			Día	Mes	Año	
Describa brevemente el inicio y desarrollo de los síntomas:						
¿Cuándo visito por primera vez a un Médico a causa de la Enfermedad o Accidente que produjo la Invalidez?			Día	Mes	Año	
<b>Nombre del Doctor(a):</b> Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:		
Institución de Salud a la que pertenece:						
¿Cuándo fue diagnósticada la enfermedad causante de su Invalidez?			Día	Mes	Año	
¿Cuándo fue dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente?			Día	Mes	Año	

**Datos del Médico 1 que expidió el dictamen de Invalidez Total y Permanente**

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
Calle:					Edificio:		No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:		Teléfono No.:	
Institución de Salud a la que pertenece:								

**Datos del Médico 2 que expidió el dictamen de Invalidez Total y Permanente**

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
Calle:					Edificio:		No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:		Teléfono No.:	
Institución de Salud a la que pertenece:								

**Datos del Médico 3 que expidió el dictamen de Invalidez Total y Permanente**

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
Calle:					Edificio:		No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:		Teléfono No.:	
Institución de Salud a la que pertenece:								

**Información Adicional**

¿Sufre de otros estados patológicos que no tengan relación con la causa de su Invalidez?

Si

No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Ciudad / Población

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y Firma

## CUESTIONARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

**Este Cuestionario deberá ser llenado de puño y con letra de molde del Médico que dictamine la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado**

Información del Asegurado				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)		
Ocupación:	Edad:	Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Lugar de atención: Ciudad / Población		Día	Fecha de Atención Mes Año	
¿Desde cuándo conoce al Asegurado?				
<b>¿En que enfermedades, afecciones, operaciones, accidentes, etc., ha asistido al Asegurado, antes de la causa que origino la invalidez? (Detallar en el siguiente cuadro)</b>				
<b>Nombre de la Enfermedad</b>	<b>No. de veces</b>	<b>Fecha</b>	<b>Duración</b>	<b>Secuelas</b>
¿El Asegurado presenta un estado de Invalidez Total y Permanente? <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>				
¿Extendió Usted el Dictamen de Invalidez Total y Permanente? <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>				
Motivo: _____				
¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa que motivo el estado de Invalidez?      Día Mes Año				
¿El estado de invalidez fue ocasionado por lesiones que se haya causado el Asegurado, o como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, algún estupefaciente o sustancia psicotrópica? <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>				
Especifique _____				
En caso de enfermedad, ¿Fecha de inicio de los primeros síntomas?      Día Mes Año				
Describa cuadro clínico inicial: _____				
Indicar cual ha sido su evolución y tratamiento _____				
Favor de indicar que estudios fueron practicados (laboratorio, gabinete e imagen) y escriba sus resultados: _____				
Favor de mencionar otros estados patológicos relacionados con el padecimiento causante de la Invalidez _____				
Favor de indicar cual es el estado de salud actual del Asegurado _____				

Favor de indicar cual es el pronóstico para desempeñar trabajo remunerado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de indicar si la invalidez que presenta el Asegurado es Total y/o Parcial: \_\_\_\_\_

**Datos del Médico que requisita este Cuestionario**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):		País:		Teléfono No.:
Institución de Salud a la que pertenece:		No. de Cedula Profesional		No. del Certificado de Especialidad:	

Especialidad:

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 del (los) Médico(s), Hospital(es), Sanatorio(s), Clínica(s), Laboratorio(s), Gabinete(s) y/o establecimiento(s) en los que haya sido atendido el Asegurado, toda la información sobre diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamientos, así como el (los) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Ciudad / Población

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y Firma