

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 anexo 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 anexo 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 anexo 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: | |
| Fecha de Nacimiento Día Mes Año | Lugar de Nacimiento: | |
| 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"/> | Día Mes Año | |
| Indicar causas de la invalidez: | | |
| ¿Cuenta con otros Seguros de Vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Con que otra(s) Compañía(s): | No. de Póliza(s): |

| 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 | |
| Nombre del Doctor(a): 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 _____ 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 | Fecha de Atención | | Día | Mes | | | | | | |
| ¿Desde cuándo conoce al Asegurado? | | Año | | | | | | | | |
| ¿En que enfermedades, afecciones, operaciones, accidentes, etc., ha asistido al Asegurado, antes de la causa que origino la invalidez? (Detallar en el siguiente cuadro) | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Enfermedad | No. de veces | Fecha | Duración | Secuelas | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ¿El Asegurado presenta un estado de Invalidez Total y Permanente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| ¿Extendió Usted el Dictamen de Invalidez Total y Permanente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Motivo: _____ | | | | | | | | | | |
| ¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa que motivo el estado de Invalidez? <table style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> </tr> </table> | | | | | Día | Mes | Año | | | |
| 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Especifique _____ | | | | | | | | | | |
| En caso de enfermedad, ¿Fecha de inicio de los primeros síntomas? <table style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"> </td> </tr> </table> | | | | | Día | Mes | Año | | | |
| 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