



Seguros

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN QUE DEBE(N) LLENAR EL (LOS) BENEFICIARIO(S)

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el (los) Beneficiario(s) nombrado(s) en la(s) Póliza(s) de Seguros

Número de Póliza(s)	Tipo de Seguro			Grupo o Colectivo	
	Individual <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>	Nombre del Contratante	Número de Certificado

Datos Generales del Asegurado (a la Fecha del Fallecimiento)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

R.F.C.:	CURP:
---------	-------

Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento:
------------------------------------	----------------------

Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:	Antigüedad en la Empresa:
---------------	------------------------	---------------------------

Domicilio

Calle:	Edificio:	No. exterior / No. interior
--------	-----------	-----------------------------

Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:
----------------------------	----------------	-------------------------

Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:
---------------------	------------------------------	-------

Lado	Teléfono No.:	No. de Afiliación IMSS, ISSSTE u Otro:
------	---------------	--

Datos de la(s) Empresa(s) donde prestaba sus Servicios

Nombre de la Empresa o Negocio:	Antigüedad en la Empresa:
---------------------------------	---------------------------

Datos de otra(s) Empresa(s) donde se encontraba Asegurado

Nombre de la Empresa(s):

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:
--

F-725-3 JUNIO 2006

Datos del Fallecimiento

Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Día	Mes	Año
Causa(s):						
¿En dónde se realizaron los servicios funerarios?:		Día	Mes	Año		
¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sanatorio <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____						
Calle:			Edificio:	No. exterior / No. interior		
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:	
¿La muerte fue violenta?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique:					
Autoridad que tomó conocimiento:						
<p><i>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 (os) 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 el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el (os) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o nota(s) y/o reporte(s) y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidentes y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.</i></p>						

Datos del Beneficiario 1

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):	R.F.C.:	CURP:		Día	Fecha de Nacimiento Mes	Año
Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:	Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:			Edificio:	No. exterior / No. interior:		
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:	
Lada:	Teléfono No.:	Fax:	E-Mail/ Página de Internet:			
<p align="right">_____</p> <p align="right">Firma del Beneficiario</p>						

Datos del Beneficiario 2

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):	R.F.C.:	CURP:		Día	Fecha de Nacimiento Mes	Año
Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:	Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:			Edificio:	No. exterior / No. interior:		
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			País:	
Lada:	Teléfono No.:	Fax:	E-Mail/ Página de Internet:			
<p align="right">_____</p> <p align="right">Firma del Beneficiario</p>						

Datos del Beneficiario 3									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:			Día	Fecha de Nacimiento Mes Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:				Edificio:			No. exterior / No. Interior:		
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):				País:	
Lada:	Teléfono No.:		Fax:		E-Mail/ Página de Internet:				
Firma del Beneficiario									

Datos del Beneficiario 4									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:			Día	Fecha de Nacimiento Mes Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:				Edificio:			No. exterior / No. Interior:		
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):				País:	
Lada:	Teléfono No.:		Fax:		E-Mail/ Página de Internet:				
Firma del Beneficiario									

Datos del Apoderado Legal									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Nacionalidad:		Identificación:			No. de Identificación:				
Comprobante de Domicilio:			Documentos con que Acredita su Personalidad:						

Requisitada en: _____ a _____ de _____ de _____

Nombre Completo y Firma