

DECLARACIÓN DE INVALIDEZ O PÉRDIDAS ORGÁNICAS N° 2



Núm.. póliza

.

Ramo:

Grupo Colectivo Deudores Individual

Núm.. certificado (en caso de grupo y colectivo)

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del grupo o colectividad | | | Nombre de la persona asegurada | |
| Fecha de ingreso a la  empresa o colectividad | Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada. | Ocupación al ingresar al grupo o colectividad asegurada | Última ocupación (dígase labores diarias) | Último sueldo mensual |
| Fecha en que ocurrió el accidente | ¿Cuál fue el accidente o enfermedad? | Si es accidente detállese ¿cómo y dónde ocurrió? | | |

Si estuvo hospitalizado digase el nombre del hospital

Días que estuvo hospitalizado

Observaciones:

Autorizo a médicos y hospitales donde fuí atendido a que otorguen a “Seguros AFIRME, S.A. de C.V.” todos los informes que se refieran a mi salud , inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Lugar y fecha Firma del asegurado / Representante legal