

INFORME MÉDICO PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO

Declaración que debe ser llenada por el Médico que extendió el certificado de defunción o que atendió al asegurado durante su enfermedad o accidente.

Nº de Póliza

Nº de Certificado

Siniestro

DATOS GENERALES DE LA PERSONA FALLECIDA

Apellido paterno, materno y nombres(s)

Domicilio

Calle (Nº exterior / interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población País

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (Estado)

De qué institución es derechohabiente Nº de Afiliación

Ocupación

Edad Sexo F M

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Antecedentes cardíacos SI NO 2. Hipertensión arterial SI NO 3. Tumores SI NO

4. Cáncer SI NO 5. Diabetes Mellitus SI NO

OTROS ANTECEDENTES

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|---|
| 6. Sistema respiratorio | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 12. Aparato genital | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 7. Sistema urinario | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 13. Visión | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 8. Sistema nervioso | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 14. Auditivo | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 9. Sistema digestivo | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 15. Hospitalizaciones | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 10. Sistema Inmunológico | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 16. Intervenciones quirúrgicas | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 11. Sistema Hematológico | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 17. Otras enfermedades | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |

En caso de respuesta afirmativa, ampliar información

Pregunta Número	Antecedentes y tratamientos realizados	Fecha	Evolución
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd / mm / aaaa	<input type="text"/>

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Lugar donde ocurrió el fallecimiento

Calle (Nº exterior / interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población País

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (Estado)

Sitio: Casa Hospital Vía Pública Otro (especifique)

Fecha del fallecimiento: dd / mm / aaaa Hora del fallecimiento:

¿La muerte fue ocasionada por efectos directos o indirectos debidos al alcohol, drogas? SI NO

Si su respuesta es afirmativa especifique

Causa del fallecimiento Accidente Enfermedad Suicidio Homicidio

Si su respuesta es por enfermedad, tipo de padecimiento: Congénito Adquirido Otro (especifique)

Fecha con que se atendió por primera vez al finado con respecto a este accidente o padecimiento dd / mm / aaaa

Fecha de los primeros síntomas o accidente dd / mm / aaaa

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y el fallecimiento:

OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO

Médico	Especialidad	Domicilio	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL MÉDICO

Apellido paterno, materno y nombres(s)

Domicilio

Calle (Nº exterior / interior) _____ Colonia _____

Código postal _____ Ciudad / Población _____

Alcaldía / Municipio _____ Entidad federativa (Estado) _____

Teléfono c/ Lada _____ Celular c/ Lada _____ Cédula Profesional _____

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue tratado el asegurado a que proporcionen a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. o a sus representantes los informes médicos y los estudios radiológicos y de gabinete que se practicaron al finado, incluyendo los realizados por padecimientos anteriores.

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.

Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente del expediente clínico. La inexacta o falsa declaración requisitada en este documento invalidará toda responsabilidad de INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.

AVISO DE PRIVACIDAD

Insignia Life S.A. de C.V. con domicilio en Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México. Utilizará sus datos personales aquí recabados para evaluar y, en su caso, llevar a cabo el procedimiento de pago del siniestro correspondiente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de nuestro portal de internet: www.insignialife.com/aviso-de-privacidad/.

Lugar y fecha

Firma del MÉDICO