

INFORME MÉDICO PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ O PÉRDIDA DE MIEMBROS

Declaración que debe ser llenada por el Médico que atendió
al asegurado durante su enfermedad o accidente

N° de Póliza

N° de Certificado

Siniestro

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno, materno y nombre(s) Edad

Domicilio

Calle (N° exterior / interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio Entidad federativa (estado)

De que institución es derechohabiente

Número de Afiliación Ocupación

ANTECEDENTES MÉDICOS

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Antecedentes cardíacos | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 2. Hipertensión arterial | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 3. Tumores | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 4. Cáncer | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 5. Diabetes Mellitus | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

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"/> |

| | | | |
|--|--|----------------|--|
| | | dd / mm / aaaa | |
| | | dd / mm / aaaa | |
| | | dd / mm / aaaa | |
| | | dd / mm / aaaa | |

DATOS DE LA LESIÓN O PADECIMIENTO

Causa del Padecimiento: Accidente Enfermedad Otro (especifique)

Padecimiento: Congénito Adquirido Otro (especifique)

Sitio donde ocurrió el accidente y descripción:

 Casa Trabajo Vía Pública Otro (especifique)

Descripción del accidente

Otros médicos que atendieron al asegurado

| 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"/> |

Fecha con que se atendió por primera vez al asegurado con respecto a este accidente o padecimiento

Fecha con que el médico que suscribe atendió por primera vez al asegurado con respecto a este accidente o padecimiento

Fecha de los primeros síntomas o accidente

Estudios de laboratorio y gabinete (Radiología, Electrocardiografía, etc.) realizados

| FECHA | TIPO DE ESTUDIOS | RESULTADOS |
|---|----------------------|----------------------|
| <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Hospitales donde fue atendido

| NOMBRE | FECHA | DÍAS DE ESTANCIA |
|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/> | <input type="text"/> |

Antecedentes y evolución del asegurado por este padecimiento y/o lesión

[Redacted text area]

Diagnóstico definitivo de la enfermedad o lesión que ocasionó la incapacidad

[Redacted text area]

Complicaciones

[Redacted text area]

Estado actual

[Redacted text area]

¿De qué tipo es la invalidez o incapacidad?

Parcial Total Temporal Permanente o definitiva

Fecha de inicio de la incapacidad o invalidez

dd / mm / aaaa

DATOS DEL MÉDICO

Apellido paterno, materno y nombre(s)

Teléfono c/Lada

Celular c/Lada

Cédula Profesional

Domicilio

Calle (Nº exterior / interior)

Colonia

Código postal

Alcaldía / Municipio

Ciudad / Población

Entidad Federativa (Estado)

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 estudios radiológicos y de gabinete que se practicaron al paciente, inclusive 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 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