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

Insignia Life®
El seguro de tu vida®

N° de Póliza
N° de Certificado
Siniestro

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno, materno y nombre(s) | Edad

Domicilio

Calle (Nº 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 ○	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 ○	No ○	12. Aparato genital	Si ○	No ○
7. Sistema Urinario	Si ○	No ○	13. Visión	Si ○	No ○
8. Sistema Nervioso	Si ○	No ○	14. Auditivo	Si ○	No ○
9. Sistema Digestivo	Si ○	No ○	15. Hospitalizaciones	Si ○	No ○
10. Sistema Inmunológico	Si ○	No ○	16. Intervenciones quirúrgicas	Si ○	No ○
11. Sistema Hematológico	Si ○	No ○	17. Otras enfermedades	Si ○	No ○

En caso de respuesta afirmativa, ampliar información

PREGUNTA NÚMERO	ANTECEDENTES Y TRATAMIENTOS REALIZADOS	FECHA	EVOLUCIÓN
		dd / mm / aaaa	

		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

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

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

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

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

FECHA	TIPO DE ESTUDIOS	RESULTADOS
dd / mm / aaaa		
dd / mm / aaaa		
dd / mm / aaaa		
dd / mm / aaaa		

Hospitales donde fue atendido

NOMBRE	FECHA	DÍAS DE ESTANCIA
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	
	dd / mm / aaaa	

Insignia Life®
El seguro de tu vida®

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

Diagnóstico definitivo de la enfermedad o lesión que ocasionó la incapacidad

Complicaciones

Estado actual

¿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