

INFORME MÉDICO

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES Y ENFERMEDADES TERMINALES



N° de Póliza
N° de Certificado
Siniestro

Declaración que debe ser llenada por el Médico que atiende al Asegurado durante su enfermedad.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno, materno y nombres(s) Edad

Domicilio

Calle (N° exterior/interior) Colonia

Código postal Ciudad / Población

Delegación / Municipio Entidad federativa (estado)

De qué institución es derechohabiente N° de Afiliación

Ocupación

INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha y lugar en que atendió usted por primera vez a la persona arriba citada con motivo de esta enfermedad

2. Fecha en que el Asegurado empezó a estar enfermo

3. ¿Es usted el médico de cabecera del Asegurado? Sírvase consignar el diagnóstico formulado.

4. Describa el tratamiento al que se le ha sometido al Asegurado, así como tipo de medicación que recibe actualmente

5. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta? Si es que lo hace

6. ¿Sabe usted si el Asegurado ha sufrido previamente episodios de esta condición o de otra cualquiera que conduzca o esté relacionada con la enfermedad que padece? en caso afirmativo, proporcionar ampliación de información.

7. ¿Sabe usted si cualquier pariente cercano del Asegurado ha padecido esta u otra condición similar? Proporcionar amplia información.

8. Favor de proporcionar el nombre, domicilio y especialidad de todo médico u hospital que haya atendido al Asegurado en relación a esta enfermedad.

Nombre	Domicilio	Especialidad
<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"/>

9. ¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad, físicas y/o relacionadas con su padecimiento?

10. Si se le practicó intervención quirúrgica, indicar la siguiente información:

Tipo de intervención Fecha

Nombre del cirujano

Hospital Domicilio del Hospital

En caso de Infarto al Miocardio, favor de indicar:

11. Historial de dolores torácicos

12. Nuevos cambios de ECG

13. Elevaciones de las enzimas cardíacas

14. En caso de Cirugía de Bypass, dar detalles exactos del proceso quirúrgico

15. Número y lugar de los injertos

En caso de Cáncer, favor de indicar:

16. Detalles del tipo de tumor

17. Histología y etapa del tumor

18. Descripción exacta del lugar del tumor

En caso de Enfermedad Cerebrovascular, favor de indicar:

19. ¿Hubo secuelas neurológicas que duraron más de 24 horas? En caso afirmativo, proporcionar ampliación de información.

20. Causa detallada de la enfermedad cerebrovascular

21. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocado por una fuente extracraneal? En caso afirmativo, proporcionar ampliación de información

22. Favor de proporcionar detalles de cualquier defecto residual e indique probabilidad de convertirse en permanente.

23. Aportar pruebas del déficit neurológico actual

En caso de Insuficiencia Renal, favor de indicar:

24. Confirmar el diagnóstico de etapa terminal de una insuficiencia renal crónica bilateral irreversible.

25. En caso de diálisis renal, indicar lugar y frecuencia

26. ¿Se ha realizado un trasplante renal o es probable que se considere en el futuro? En caso afirmativo, proporcionar ampliación de información

En caso de Trasplante de Órganos Vitales, favor de indicar:

27. Detalles completos del proceso.

En caso de Parálisis, favor de indicar:

28. ¿Qué miembros se ven afectados?

29. Describa la causa de la condición

30. Proporcionar detalles exactos de la pérdida de funciones

31. Le queda a su paciente algún uso residual, por muy pequeño que sea, de los miembros afectados? En caso afirmativo, proporcionar ampliación de información.

32. ¿Es permanente la condición sin ninguna probabilidad de recuperación?

33. ¿Existe la posibilidad de intervención quirúrgica o de cualquier otro tipo de tratamiento curativo?

34. ¿Se han realizado otras pruebas o procesos de investigación? En caso afirmativo, proporcionar ampliación de información.

35. Favor de facilitar cualquier información adicional que piense que puede ayudar a valorar la condición del Asegurado

36. Favor de indicar pronóstico de vida (meses) del Asegurado de acuerdo a la enfermedad reportada.

Nos será de ayuda si nos proporciona los resultados de las pruebas realizadas o informes de especialistas que apoyen la validez de la reclamación de su paciente.

DATOS GENERALES DEL MÉDICO

Apellido paterno, materno y nombres(s)

Edad

Domicilio

Calle (Nº exterior/interior)

Colonia

Código postal

Ciudad / Población

Delegación / Municipio

Entidad federativa (estado)

Teléfono c/Lada

Celular c/Lada

Cédula profesional

Especialidad

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, 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 Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, hace de su conocimiento que será el responsable del tratamiento de sus datos personales, financieros y sensibles, los cuales serán tratados para las siguientes finalidades que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Insignia Life y usted: I) evaluación de solicitudes y contratación de productos o servicios; II) cumplir obligaciones de prestación de servicios; III) realizar procedimientos de cobranza; IV) llevar a cabo auditorías a Insignia Life, sus filiales o subsidiarias; V) crear un historial de antigüedad como asegurado; VI) crear bases de datos para la prestación de nuestros servicios; VII) para efectos de suscripción, valoración del riesgo y en su caso la contratación de reaseguros y VIII) contactarlo y atender cualquiera de sus quejas, preguntas o sugerencias.

Adicionalmente, su información personal será utilizada para las siguientes finalidades que no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Insignia Life y usted: I) llevar a cabo fines publicitarios o de prospección comercial y II) crear bases de datos para fines de investigación, estadísticos o de mercado, así como para medir la calidad de los servicios de Insignia Life. Usted

podrá ponerse en comunicación con nosotros a través de nuestros datos de contacto y manifestarnos su negativa para el tratamiento de sus datos personales con relación a las finalidades inmediatas anteriores dentro del plazo de 5 días hábiles posteriores a la firma del presente.

Usted podrá acceder a nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento a través de nuestro sitio web www.insignialife.com, solicitándolo en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico atencionaclientes@insignialife.com

Manifiesto que Insignia Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones del mismo y acepto que mis datos personales sean transferidos en los términos que en el mismo se señalan.

Lugar y fecha

Firma del Médico