

Declaración del Médico Tratante

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se de información veraz, completa y detallada.

Nombre del Paciente Asegurado:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Tipo de Reclamación: <input type="checkbox"/> Invalidez total y permanente <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____		
Información sobre el padecimiento o lesión actual		
Causa: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad		
En caso de accidente describa cómo y en dónde ocurrió, de acuerdo a como lo conozca:		
Fecha en que atendió por primera vez al asegurado con respecto al padecimiento o accidente: _____		
Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos del padecimiento o fecha en que ocurrió el accidente: _____		
Principales signos y síntomas: _____		
La enfermedad o lesión ocasionó invalidez: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Qué tipo de invalidez: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total		La invalidez es de carácter: <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitiva
Fecha de inicio de la invalidez:		Fecha fin de la invalidez:
Mencione brevemente el estado actual, el pronóstico y estado funcional con respecto de la invalidez:		
Enfermedades, estados patológicos o antecedentes, si existiera alguno que dio origen a la enfermedad principal:		
Estuvo hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de días: _____ Mencione en qué fecha: _____		
Hospital en qué fue atendido:		
Datos del médico que llena el presente formulario:		
Nombre del médico:		
Especialidad:		Cédula Profesional No.
Domicilio: (calle y número exterior e interior)		Código Postal
		Colonia
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado

Como médico tratante bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente del expediente clínico, obligándome a ratificar el presente documento ante cualquier autoridad o fedatario en el momento en que se me requiera. Manifestando que el presente documento se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo, etcétera, poniendo a disposición de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. tanto el expediente clínico, como los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que se refiera a la salud del Asegurado y que obre en mi poder.

Lugar y fecha: _____ Firma del médico: _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número CGEN-S0038-0120-2019.



**SEGUROS
MONTERREY**