

Muy importante: por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, **Seguros Inbursa S.A. Grupo Financiero Inbursa** no quedará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la Ley y al clausulado de la póliza.

Nombre de Asegurado _____

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

Fecha en que el Asegurado empezó a estar enfermo.

¿Es usted el Médico de cabecera del Asegurado?

Sírvase consignar el diagnóstico formulado.

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

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

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

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

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

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

Si se le practicó intervención quirúrgica, indicar que tipo de intervención, la fecha y el nombre del cirujano que practicó la intervención así como el hospital y domicilio.

En caso de Infarto al Miocardio, le rogamos indique:

Historial de dolores Torácicos.

Nuevos cambios de ECG.

Elevaciones de las enzimas cardíacas.

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

Número y lugar de los injertos.

En caso de Cáncer:

De detalles del tipo de tumor.

Indique la histología y la etapa del tumor.

De una descripción exacta del lugar del tumor.

En caso de Enfermedad Cerebrovascular:

Por favor confirme si hubieron secuelas neurológicas que duraron más de 24 horas.

¿Tiene usted detalles de la causa de la enfermedad cerebrovascular?

¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocado por una fuerte extracraneal?

Por favor de detalles de cualquier defecto residual e indique si probablemente se convierta en permanente..

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual.

En caso de Insuficiencia Renal:

Haga el favor de confirmar el diagnóstico de etapa terminal de una insuficiencia renal crónica bilateral irreversible.

Se está realizando una diálisis renal frecuente, indicar frecuencia.

¿Dónde?

¿Se ha realizado un trasplante renal o es probable que se considere en el futuro?

En caso de Trasplante de Órganos Vitales:

Sírvase dar detalles completos del proceso

En caso de Parálisis.

¿Qué miembros se ven afectados?

Describa la causa de la condición.

Dé detalles exactos de la pérdida de funciones.

¿Le queda a su paciente algún uso residual, por muy pequeño que sea, de los miembros afectados?

¿Es permanente la condición sin alguna probabilidad de recuperación?

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

¿Se han realizado otras pruebas o procesos de investigación?, proporcionar amplia información.

Favor de facilitar cualquier otra información que piense que pueda ayudar a valorar la condición de su paciente.

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

Su nombre y domicilio

Cédula Profesional No. _____

Registro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. _____

Fecha

Firma del Médico