**MAPFRE**
**SEGUROS EL SALVADOR,S.A.**

Fecha de Recibido

**RECLAMO**

| MÉDICO HOSPITALARIO | ACCIDENTES PERSONALES | COLECTIVO DE VIDA |
|---|---|---|
| Colectivo ☐ | Escolar ☐ | Renta por Hospitalización ☐ |
| Individual (Mediseguro Familiar) ☐ | Empresa ☐ | Incapacidad Temporal ☐ |
| | Individual ☐ | Enfermedades Graves ☐ |
| | | Invalidez ☐ |

**Indicaciones:**

- Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía, la cual será contestada por el último médico que lo asistió.
- Si el asegurado es menor de edad (Accidentes personales-Escolar), el formulario deberá ser llenado por sus padres o su representante legal debidamente autorizado.

## I. EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO

**1. Asegurado:** | Tel. Residencia: | Tel. Celular: | Póliza: | Certificado:

**2. Paciente Reclamante:** | Parentesco: | Edad:

**3. Causa de la reclamación:** ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Otros

**4. Si la causa del reclamo es por enfermedad indique:**

a) El padecimiento

b) ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?

c) ¿Cuándo comenzó el tratamiento?

**5. Si la causa del reclamo es por accidente indique:**

a) ¿Cuándo ocurrió?

b) ¿Dónde ocurrió?

c) ¿Comó ocurrió?

**6. Médico Consultado:** | Fecha de ingreso / /

**7. Referencias de los Médicos Consultados:**

| NOMBRE | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| PRIMER MÉDICO: | | |
| MÉDICO ACTUAL: | | |

**8. Si ha estado hospitalizado por esta dolencia, indique:**

| NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA | FECHA DE ENTRADA | FECHA SALIDA |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**DECLARO QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE ME ATENDIERON, PARA QUE SUMINISTREN A MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A., CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE RECLAMO Y SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGÚN RECLAMO.**

Firma Asegurado | Fecha

## II. GASTOS RECLAMADOS - Aplica únicamente para reembolso de gastos médicos

| | No. Documentos | Monto |
|---|---|---|
| 1. Cuenta Hospitalaria | | |
| 2. Honorarios por Cirugía | | |
| 3. Anestesista | | |
| 4. Honorarios Médicos por Consultas | | |
| 5. Honorarios por Tratamientos | | |
| 6. Laboratorios y Rayos X | | |
| 7. Farmacia Fuera del Hospital | | |
| 8. Otros (Especifique) | | |
| 9. Total de Gastos Reclamados | | |

MAPFRE
SEGUROS EL SALVADOR,S.A.

## EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO TRATANTE

Confirmo en mi condición de médico, haber asistido al paciente:

Edad:

**1. Diagnóstico principal y condiciones concurrentes:**

En caso de paciente femenino ¿Se debe la condición a embarazo? Si No

Si la respuesta es afirmativa, edad del embarazo:

**2. ¿En qué fecha comenzó la causa básica de esta condición?**

¿ Tiempo de evolución?

**3. ¿ Ha sido tratado por la misma causa u otras?**

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc.

**4. ¿Estuvo hospitalizado por la causa de este reclamo?** Si No

Nombre del hospital :

Fecha de ingreso : Fecha de salida :

**5. ¿Cuántas veces diarias trató al paciente en el hospital?**

**6. Detalles del tratamiento (Incluyendo operación, si hubo)**

**7. Según su opinión, quedará impedimento o secuela:** Si No

En caso afirmativo explique, indique fechas, médicos, etc.

**8. Si la causa fue por accidente:**

Fecha en qué ocurrió: Lugar en qué ocurrió:

Cómo ocurrió:

**9. Observaciones:**

## COMPLETAR ESTA PARTE ÚNICAMENTE EN CASO DE PÉRDIDA DE MIEMBRO U ÓRGANO

| Especifique el miembro u órgano perdido | Tipo de pérdida | Pronóstico |
|---|---|---|
| Izquierdo Derecho | Temporal Permanente | |
| **Punto o separación del miembro u órgano:** | **Fecha en que sufrió la pérdida:** | |

| Lugar y fecha | Nombre del médico | Firma y Sello | No. JVPM |
|---|---|---|---|