

RECLAMO

MÉDICO HOSPITALARIO

Colectivo
Individual (Mediseguro Familiar)

ACCIDENTES PERSONALES

Escolar
Empresa
Individual

COLECTIVO DE VIDA

Renta por Hospitalización
Incapacidad Temporal
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) ¿Cómo 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. Anestesiista		
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		



EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO TRATANTE

Confirmando 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

<p>Especifique el miembro u órgano perdido</p> <p><input type="radio"/> Izquierdo <input type="radio"/> Derecho</p>	<p>Tipo de pérdida</p> <p><input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Permanente</p>	<p>Pronóstico</p>
<p>Punto o separación del miembro u órgano:</p>	<p>Fecha en que sufrió la pérdida:</p>	