



RECLAMO

MÉDICO HOSPITALARIO	ACCIDENTES PERSONALES	COLECTIVO DE VIDA
<input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Individual (Mediseguro familiar)	<input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Renta por hospitalización <input type="checkbox"/> Incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Enfermedades graves <input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MÉDICO ACTUAL: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	FECHA DE ENTRADA	FECHA SALIDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Honorarios por cirugía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Anestesiista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Honorarios médicos por consultas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Honorarios por tratamientos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Laboratorios y rayos X	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Farmacia fuera del hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Otros (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Total de gastos reclamados	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Lugar y fecha

Nombre del médico

Firma y sello

N° JVPM