

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