

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 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.

RECLAMO

MÉDICO HOSPITALARIO

Colectivo ☐
individual (Mediseguro familiar) ☐

**ACCIDENTES
PERSONALES**

Escolar ☐
Empresa ☐
Individual ☐

COLECTIVO DE VIDA

Renta por hospitalización ☐
Incapacidad temporal ☐
Enfermedades graves ☐
Invalidez ☐

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 representaron 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: / /

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 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 S.A., cualquier información relacionada con este reclamo y si existiese falsedad en la información, la compañía no estará obligada a pagar ningún reclamo.

F. _____
ASEGURADO

FECHA

II. GASTOS RECLAMADOS - Aplican únicamente para reembolso de gastos médicos

		No. DOCUMENTOS	MONTO
1.	CUENTA HOSPITALARIA		
2.	HORARIOS 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

EL SALVADOR

RECLAMOS GASTOS MÉDICOS

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

8. Si la causa fue por accidente

Fecha en que ocurrió

/ /

Lugar en que ocurrió

¿Cómo ocurrió?

9. Observaciones

Complementar esta parte únicamente en caso de pérdida de miembro u órgano

Especifique el miembro u órgano perdido

Izquierdo

Derecho

Tipo de pérdida

Temporal

Permanente

Pronóstico

Punto o separación del miembro u órgano

Fecha en que sufrió la pérdida

Lugar y Fecha

Nombre del médico

Firma y sello

No. JVPM