

**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	ACCIDENTES PERSONALES	COLECTIVO DE VIDA
Colectivo individual (Mediseguro familiar)	Escolar Empresa Individual	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**

1.	CUENTA HOSPITALARIA	No. DOCUMENTOS	MONTO
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		

**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. Segundo 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 qué 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