

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 <input type="checkbox"/>	Escolar <input type="checkbox"/>	Renta por hospitalización <input type="checkbox"/>
individual (Mediseguro familiar) <input type="checkbox"/>	Empresa <input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal <input type="checkbox"/>
	Individual <input type="checkbox"/>	Enfermedades graves <input type="checkbox"/>
		Invalidez <input type="checkbox"/>

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 <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 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 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		



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