

**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.

**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		

**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: