

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: