

SECCION I:

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

- A. Complete el formulario procurando que sus respuestas sean claras.
 B. Su médico tratante deberá completar la sección III. Sírvase indicarle que debe responder todas las preguntas.
 C. Acompañando este reclamo, sírvase adjuntar recetas del doctor, así como los originales de las facturas de los gastos de clínicas, hospitales y de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista), etc., así como radiografías y resultados de exámenes, si en caso fueron necesarios.

Nombre de la empresa: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ / Sexo: M () F () Estado Civil: S () C ()

Dirección: _____ Teléfono: _____

Tipo de trabajo: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ / Sexo: M () F () Estado Civil: S () C ()

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____

¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? () Si () No En caso afirmativo, indique: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

¿Es su reclamo por ACCIDENTE? () Si () No En caso afirmativo, indique: _____

Lugar del accidente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____ A.M.

Describa que causó el accidente: (Práctica de deporte, uso de maquinaria, accesorios de trabajo, vehículo, riñas, otros): _____ P.M.

Si es por ENFERMEDAD COMUN, indique _____

Fecha inicial de la enfermedad: _____ / _____ / _____ / Síntomas: _____

¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los tres meses anteriores a la fecha indicada en el inciso anterior? () Si () No

¿Esta enfermedad ha sido diagnosticada anteriormente? () Si () No En caso afirmativo indicar el nombre del médico tratante: _____

Si es por MATERNIDAD, indique: _____

Fecha inicio del embarazo: _____ / _____ / _____ / Fecha del parto o aborto: _____ / _____ / _____

Si es por CHEQUEO MEDICO, indique: _____

Fecha inicial de la enfermedad: _____ / _____ / _____ / Causa: _____

Si es por OTRAS RAZONES, (Cirugía , Odontología, etc) Indique: _____

Fecha inicial de la enfermedad: _____ / _____ / _____ / Causa: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS, indique: _____

Nombre y dirección del primer médico consultado: _____

Fecha primera visita: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas son VERIDICAS Y CABALES, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones que proporcionen a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. cualquier información incluyendo, copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorios y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la COMPAÑIA DE SEGUROS efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción.

SECCION II:

INFORME DEL PATRONO

Nombre del Asegurado: _____

Firma del Asegurado: _____ Guatemala, _____ / _____ / _____

Póliza No. _____ No.de Certificado del empleado: _____ Fecha de ingreso al seguro: _____ / _____ / _____

¿Es la reclamación debida a la lesión o dolencia contraída durante el empleo? () Si () No

¿Se han reclamado beneficios legales por esta incapacidad? () Si () No ¿Tiene derecho a dichos beneficios? () Si () No

¿Tiene algún tipo de seguro con otra compañía? () Si () No Especifique: _____

Nombre, Sello y Firma del Patrono _____

SECCION III
ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR SU MEDICO
IMPORTANTE AL MEDICO TRATANTE

A requerimiento de nuestra AUDITORIA MEDICA solicitamos a usted que esta sección se complete en su totalidad. Para que el reclamo pueda ser debidamente analizado, evitando atrasos o devoluciones por falta de información (PROPORCIONAR DESCRIPCION DETALLADA DE PROCEDIMIENTOS Y COBROS DE HONORARIOS). FAVOR COMPLETAR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS CON EL MISMO TIPO DE LETRA.

Nombre del paciente: _____ edad: _____ Sexo: M () F ()

Día Mes Año

Fecha del primer examen: ____/____/____/ ¿Dónde se los efectuó? _____

Diagnóstico completo: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Día Mes Año

Fecha de origen de la enfermedad o accidente: ____/____/____/ Fecha inicial del tratamiento: ____/____/____/

A CONTINUACION FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE CORRESPONDA AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO

TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Honorarios por visita en clínica: _____ No de visitas: _____ Valor por visita: _____

Honorarios por visita a domicilio: _____ No de visitas: _____ Valor por visita: _____

Indique los exámenes que fueron necesarios en el tratamiento del paciente: _____

Rayos X: _____

Laboratorio: _____

Otros: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Nombre del Hospital _____

Día Mes Año

Fecha de admisión: ____/____/____/ Fecha de Egreso: ____/____/____/

A) Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones _____

No. de visitas hospitalarias: _____ Valor de cada visita hospitalaria _____

(Sólo para los casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por tratamiento _____

A) Si hay cirugía: Indique el nombre de los procedimientos realizados _____

_____ No. de código RVS: _____

_____ No. de código RVS: _____

Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: _____

MATERNIDAD: Si el reclamo es por maternidad indique:

Día Mes Año

Fecha aproximada de fecundación: ____/____/____/ Fecha del parto o aborto ____/____/____/

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuánto tiempo _____

Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros involucrados en el tratamiento favor citar _____

Observaciones: _____

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales y otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre y sello del Médico: _____ Colegiado No: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____/

MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la Póliza Contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará algún exceso de la cantidad que USUALMENTE deba reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate.