

NOTA: El presente documento debe presentarse a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. , 5 días hábiles antes de la hospitalización para su estudio y aprobación.

En caso contrario MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. no se responsabiliza por los gastos incurridos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____
NOMBRE EMPRESA ASEGURADA: _____	

FECHA DE PRIMERA CONSULTA: _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

ES DE ORDEN: CONGENITO ADQUIRIDO TRAUMÁTICO

SE ORDENA HOSPITALIZACIÓN EN: (HOSPITAL AFILIADO)	NOMBRE DEL MÉDICO: (MÉDICO AFILIADO)
FECHA:	# DE DIAS DE HOSPITALIZACIÓN:

NOTA: Tanto el médico como el hospital deberán ser afiliados a la Red de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.

TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> MÉDICO:
DESCRIPCIÓN: _____	CÓDIGO: (Tabla Valores Relativos de California)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

EXÁMENES ORDENADOS:

HONORARIOS:	CIRUJANO PRINCIPAL:	Q _____
	AYUDANTE:	Q _____
	ANESTESIA:	Q _____
	No. VISITAS HOSPITALARIAS: _____	Q _____
	TOTAL:	Q _____

FAVOR ADJUNTAR RESULTADOS DE EXÁMENES PREVIOS

FAVOR ESPECIFICAR EL MONTO DE HONORARIOS, YA QUE EN CASO CONTRARIO NO SE EMITIRA LA CARTA-FAX AUTORIZANDO LA HOSPITALIZACIÓN.

(COMPLETAR FORMULARIO DE RECLAMACIÓN EN EL REVERSO)

FIRMA DE MÉDICOS

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. Sírvese 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 necesarias.

Nombre de la empresa: _____

Nombre del empleado: _____

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

Dirección: _____ Teléfono: _____

Tipo de trabajo: _____

Nombre del dependiente: _____

Fecha de nacimiento: Día _____ / Mes _____ / Año _____ / 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: Día _____ / Mes _____ / Año _____ Hora: _____ A.M. P.M.

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

Si es por ENFERMEDAD COMUN, indique

Fecha inicial de la enfermedad: Día _____ / Mes _____ / Año _____ / 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 MATERNIDAD, indique:

Fecha inicio del embarazo: Día _____ / Mes _____ / Año _____ / Fecha del parto o aborto: Día _____ / Mes _____ / Año _____

Si es por CHEQUEO MEDICO, indique:

Fecha inicial de la enfermedad: Día _____ / Mes _____ / Año _____ / Causa: _____

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

Fecha inicial de la enfermedad: Día _____ / Mes _____ / Año _____ / 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, Día _____ / Mes _____ / Año _____ /

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

¿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