

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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 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.  P.M.

Describe 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 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