Seguros MAPFRE | GUATEMALA

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTE ESCOLAR

SECCION I

POLIZA No. _____

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

A. Este formulario deberá ser completado por el Padre o la persona encargada del alumno(a), procure que sus respuestas sean claras.
B. Su Médico tratante deberá completar la sección II.
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 clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestecista, Ayudantes, Radiólogo, Laboratorista), Hospital, Farmacia, así como radiografías, si en caso fueron necesarias, etc.

Nombre del Colegio _____ Tel. _____
Dirección _____ Ciudad _____
Nombre del padre o persona encargada _____
Dirección _____ Tel. _____
Profesión u oficio _____
Nombre del alumno(a) _____
Edad _____ Sexo _____
Dirección _____
Grado que cursa _____
Actividad a la hora del accidente _____

¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? Si ( ) No ( ) Especifique _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE _____
Fecha del accidente _____
Lugar _____ Hora _____
Describa en sus propias palabras donde y cuando ocurrió el accidente _____

Indique si hubo testigos

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

Describa que causó el accidente (práctica deportes, recreo escolar, transportándose al colegio, riñas, otros)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas 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 para que suministren a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción.

Nombre del Padre o persona encargada _____

Firma de la persona encargada _____

Vo. Bo. del Plantel _____
Firma de la persona encargada y sello del colegio

Guatemala, _____ de _____ de 20 _____

Formulario de Reclamación a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.
SECCION II
ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR SU MEDICO

Nombre del paciente _____ Edad _____
Fecha del primer examen _____
¿Dónde se efectuó? _____
Descripción detallada de la naturaleza y extensión de las lesiones como consecuencia del accidente

_____
_____
_____

¿Son las lesiones mencionadas consecuencia directa del accidente? Si ( ) No ( )
¿Sufre el Asegurado de alguna enfermedad o lesión que no sea debida al accidente? Si ( ) No ( )
¿Tiene el asegurado algún impedimento físico debido a accidente o enfermedad previa? Si ( ) No ( )
Especifique

_____
_____
_____

Indique a usted las consecuencias posteriores directamente relacionadas al accidente.

A. Incapacidad temporal _____
Indicar el tiempo y causa incapacitante _____
_____
_____

B. Incapacidad permanente _____
Especifique _____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO:
Fecha inicial del tratamiento _____
Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones _____
_____
_____
_____

Fecha de Admisión _____ Fecha de egreso _____
Indique las fechas en que atendió al Paciente en el Hospital _____
_____

Honorarios por procedimientos quirúrgicos exclusivamente (excluir: Visitas Médicas, Anestesia. Laboratorios, Interconsultas Profesionales, etc.) Q. _____ En letras _____
Indique los exámenes que fueron necesarios en el tratamiento del paciente: _____
Rayos X _____
Exámenes de Laboratorio _____
_____
_____

DIAGNOSTICO: _____
_____
_____

Nombre del Médico tratante _____
Dirección _____ Teléfono _____
Colegiado No. _____ Fecha _____

Firma _____ Sello _____

NOTA:

MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. reembolsa los honorarios médicos cobrados dentro de lo normal en un 100%, después de satisfacer el deducible o co-pago correspondiente. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad de la cantidad que USUALMENTE deba reconocer por el servicio o medicamento de que se trate.