



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro 5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO SEGURO DE "RECUPERACION MEDICA 15"

Este formato debe contestarse en sus dos secciones: Informa del Asegurado e Informe Médico

Número de Póliza	Vigencia del	al	Paquete contratado:	1	2
------------------	--------------	----	---------------------	---	---

INFORME DEL ASEGURADO					
Apellido paterno del CONTRATANTE:		Apellido materno del CONTRATANTE:		Nombre(s) del CONTRATANTE	
Teléfono particular:		Teléfono oficina:		R.F.C.:	
Apellido paterno del AFECTADO:		Apellido materno del AFECTADO:		Nombre(s) del AFECTADO:	
Teléfono particular:		Teléfono oficina:		R.F.C.:	
Calle y número:		Colonia:		Código Postal:	
Municipio o Delegación:		Población:		Estado:	
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:		Edad	Sexo F () M ()

ENFERMEDAD O LESIÓN QUE SE RECLAMA					
Apendicectomía	<input type="radio"/>	Hernia Inguinal	<input type="radio"/>	Neumonía	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	Hiperplasia Prostática Benigna	<input type="radio"/>	Pancreatitis Aguda	<input type="radio"/>
Divertículos Vascular Cerebral	<input type="radio"/>	Histerectomía	<input type="radio"/>	Tumores Benignos	<input type="radio"/>
Enfermedad Vascular Cerebral	<input type="radio"/>	Infarto al Miocardio	<input type="radio"/>	Úlcera Duodenal	<input type="radio"/>
Extirpación Quirúrgica de Ovarios	<input type="radio"/>	Litiasis Renal	<input type="radio"/>	Úlcera Gástrica	<input type="radio"/>
Hernia Abdominal	<input type="radio"/>	Litiasis Vesicular	<input type="radio"/>	Accidente Infantil	<input type="radio"/>
Primer síntoma de la enfermedad (fecha):		Accidente infantil (fecha y lugar):			
¿Había estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar?					
Días que estuvo recluso		días	En Hospital	En Domicilio	Nombre del Hospital
TRATAMIENTO EFECTUADO:					
<input type="radio"/> Médico	Fecha Inicio:				
<input type="radio"/> Quirúrgico	Fecha de ingreso al hospital:				
Suma Asegurada Reclamada:		<input type="radio"/> \$15,000	<input type="radio"/> \$25,000	<input type="radio"/> \$50,000	<input type="radio"/> \$100,000
		<input type="radio"/> Otra \$			

En caso de resultar procedente la reclamación, manifiesto mi consentimiento para que el pago se realice vía electronica a:		
Nombre del titular de la cuenta:		
Banco	Cuenta:	Plaza:
Clave	Sucursal:	

O en su defecto expedir cheque a nombre de:		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):

Con la suscripción del presente documento, el asegurado, contrante (en caso de menores de edad) o beneficiario designado en su caso otorgan a Mapfre Tepeyac, S.A. el más amplio y completo finiquito que en derecho proceda respecto del pago que se efectúe correspondiente al pedecimiento o enfermedad contenida en la presente reclamación. Este finiquito surtirá sus efectos a partir del momento en que efectivamente la compañía de Seguros realice el pago en los términos autorizados con anterioridad.

El presente finiquito op prejuga sobre la procedencia de la indemnización, sin embargo en caso de proceder el pago y una vez realizada subrogo a Mpafre Tepeyac, S.A. de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 111 y 152 de la ley sobre el contrato de seguros, los derechos y acciones que pudieran corresponder al suscrito por el causante del siniestro en referencia hasta el límite de la indemnización pagada.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma

Le recordamos: Es indispensable requisitar Informe Médico (reverso). Adjuntar este formato: Copia identificación oficial del asegurado, Estudios realizados para el diagnóstico o tratamiento, Expediente clínico completo del paciente o accidente infantil, original o copia de facturas(s) del hospital y recibo(s) de honorarios médicos.

Este formato debe ser lleando por el Médico tratante.

INFORME DEL MÉDICO

DATOS DEL MÉDICO					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		R.F.C.		C.U.R.P.:	
Calle y número:			Ciudad:		Estado:
Teléfono:		Radio:		Celular:	
Nombre de la Especialidad:		Cédula Profesional:		Consejo de la Especialidad:	

INFORME MÉDICO	
Nombre del Paciente:	
Fecha en que primera vez se consultó y diagnosticó el padecimiento objeto de la reclamación:	
Diagnóstico de la lesión o enfermedad y tiempo de evolución:	
Esta enfermedad por sus síntomas o signos ¿puede pasar desapercibida? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Fecha del Diagnóstico:	
La enfermedad es: <input type="radio"/> Congénita <input type="radio"/> Adquirida <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica:	
Describa las complicaciones si las hubo o las hay:	
Sirvase citar las fechas en que se le dio tratamiento hospitalario al paciente	
Nombre del hospital en el cual fue atendido:	
¿Qué tratamiento y por cuánto tiempo?	
Si se practicó intervención quirúrgica, favor de indicar ampliamente la naturaleza de la misma y fecha:	
Padece el paciente otra enfermedad importante, asociada o independiente a la mencionada SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
¿Cuál es el nombre de la enfermedad ?:	
Observaciones	
<div>Lugar y Fecha</div>	<div>Nombre y Firma del Médico</div>

Para Uso Exclusivo de Mapfre Tepeyac, S.A.	
Clave del Padecimiento	Clave O.I.I.

Autorizo a los médico que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que haya acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a las compañías de seguros donde haya ingresado la solicitud de seguros, para que se proporcione a Mapfre Tepeyac, S.A., los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que Mapfre Tepeyac, S.A., lo considere oportuno. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.