SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

MAPFRE | NICARAGUA No. 000001

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO:

1 .N° DE POLIZA	2. NOMBRE DEL GRUPO

3. NOMBRE DEL ASEGURADO (TITULAR O PRINCIPAL DE LA POLIZA)	4. FECHA NAC (TITULAR O PRINCIPAL DE LA POLIZA)	5. CEDULA
	DÍA_____ MES_____ AÑO_____	

6. TELEFONO:	7. NOMBRE DEL PACIENTE:	8. FECHA NAC DEL PACIENTE:	9. SEXO:
		DÍA_____MES_____AÑO_____	☐ M ☐ F

10. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS Y CANTIDAD DE FACTURAS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO:		11. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE:	12. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE:
Consulta	_$	Donde:	TIPO DE SEGURO: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AUTO ☐ ACCIDENTES PERSONALES
Medicamentos	_$	Cuando:	
Laboratorio	_$	Como sucedió:	NOMBRE DE LA COMPANIA ASEGURADORA:
Rayos X	_$		
Cirugía	_$	Yo certifico que las declaraciones son completas y exactas y entiendo que se usarán para ayudar a determinar la elegibilidad de mis gastos de acuerdo a las provisiones de la póliza. Asimismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo. FIRMA: FECHA:	
Exámenes Especiales	_$		
Otros	_$	AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DIRECTO A MÉDICO Y/O HOSPITAL Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/o hospital por los servicios prestados. FIRMA: FECHA:	
Total	**_$**		

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

13. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA_____MES_____AÑO_____	Causa de la Consulta: ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO (FUM)

14. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE CÓD.)	CÓDIGO

15. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO

FECHA	LUGAR (COD)*	DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O SERVICIO MÉDICO	CÓDIGO	CARGO

*Código de lugar de servicio: (PH) Paciente hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro lugar (U) Urgencias

16. INDIQUE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X QUE USTED ORDENÓ:

17. ¿CUÁNDO ATENDIÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ? DÍA_____MES_____AÑO_____	DIAGNÓSTICO:	18. NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ:

CERTIFICCO QUE ATENDÍ AL PACIENTE ARRIBA INDICADO Y QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO CORRESPONDEN A LOS SERVICIOS QUE HE PRESTADO:		
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:	FIRMA Y SELLO:	FECHA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CÉD. O RUC.	TEL. CLÍNICA

MAPFRE | NICARAGUA No. 000001

FECHA DE RECIBIDO	POLIZA	CERTIFICADO	FECHA APROX. ENTREGA	ASEGURADO

NOMBRE DEL RECLAMANTE	DETALLE DEL RECLAMO	MONTO PRESENTADO

Tel: (505) 2276-8890 Fax: (505) 2276-6358 Para preautorizaciones: preautorizaciones@mapfre.com.ni

APROBADO SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y DE OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS

Resolución: SIB-OIF-XXIII-212-2015

ESTIMADO ASEGURADO:

Ayúdenos a prestarle un SERVICIO DE CALIDAD Y TRAMITARLE RAPIDAMENTE SU RECLAMO, cumpliendo con las siguientes instrucciones:

1. Conteste **TODAS LAS PREGUNTAS** de este formulario.
2. Adjunte **RECIBOS Y/O FACTURAS ORIGINALES** detalladas por los servicios que usted ha pagado (Consultas, Medicamentos, Laboratorios, Rayos X, y otros)
3. Adjunte **ORDENES Y RECETAS MEDICAS** correspondientes a cada uno de estos servicios.
4. Recuerde utilizar el **FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION** en caso de Cirugía, Maternidad o Tratamientos Programados que involucren reclusión hospitalaria, Procedimientos Ambulatorios y Exámenes Especiales.
   Este formulario lo puede obtener en nuestro Departamento de Reclamos Salud, Hospitales y/o Clínicas.
5. En caso de Reclamo de hijo dependiente que haya cumplido los 19 años pero menor de 25 años, **ADJUNTE COPIA** del último recibo de matrícula.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento.

Autorizo a cualquier profesional de la salud, hospitales y/o clínicas y compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a **MAPFRE | Seguros Nicaragua, S.A.** Igualmente autorizo a **MAPFRE | Seguros Nicaragua, S.A.** y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.

Documentos que adjunta a la presente solicitud de Indemnización: _____

En caso de solicitar sus pagos por transferencia favor documentar los siguientes datos:

Nombre del Asegurado: _____

Correo electrónico: _____

Nombre completo del Banco: _____

Tipo de Cuenta: Ahorro _____ Corriente _____

Moneda: Córdobas _____ Dólares _____

Número de Cuenta: _____

ACEPTACION:

Las partes abajo firmantes, de su libre y espontánea voluntad, acuerdan que MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A podrá efectuar pagos ya sea mediante cheque o transferencia electrónica, directamente a la cuenta del Asegurado de la póliza _____. El comprobante de dicha transferencia junto con el presente documento, hará plena prueba documental del cumplimiento del Reclamo correspondiente.

De realizar cambios en la cuenta, deberá notificar por escrito a **MAPFRE | Seguros Nicaragua, S.A.** para realizar los cambios oportunamente.

_____ _____

MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A **ASEGURADO**

TEL. (505) 2276-8890 FAX (505) 2278-6358

ATENCION 24 HORAS PARA CASOS DE EMERGENCIA MEDICA 1-800-9110 OPCION 2

preautorizaciones@mapfre.com.ni

APROBADO SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y DE OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS

Resolución: SIB-OIF-XXIII-212-2015