

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) DÍA _____ MES _____ AÑO _____	5. CEDULA
6. TELEFONO:	7. NOMBRE DEL PACIENTE:	8. FECHA NAC DEL PACIENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____	9. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
10. FAVOR DETALLE EL TOTAL DE GASTOS Y CANTIDAD DE FACTURAS QUE USTED ESTÁ PRESENTANDO: Consulta _\$ _____ Medicamentos _\$ _____ Laboratorio _\$ _____ Rayos X _\$ _____ Cirugía _\$ _____ Exámenes Especiales _\$ _____ Otros _\$ _____ Total _\$ _____		11. EN CASO DE ACCIDENTE, EXPLIQUE: Donde: _____ Cuando: _____ Como sucedió: _____ 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: _____ 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: _____	
12. SI POSEE USTED OTRO SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR PARTE DE LOS GASTOS, INDIQUE: TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> ACCIDENTES PERSONALES NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA: _____			

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE:

13. Fecha en que tuvo el primer síntoma: DÍA _____ MES _____ AÑO _____		Causa de la Consulta: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 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:	
CERTIFICO 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

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