

**MAPFRE | LA CENTROAMERICANA**

ALAMEDA ROOSEVELT, 3107

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

APARTADO POSTAL 527. TEL: 2257-6666 FAX: 2245-3389

LA PRIMERA ASEGURADORA DE CENTROAMERICA

RECLAMO DE GASTOS MEDICOS

SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

RECLAMO No.

EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO

1. ASEGURADO	POLIZA	CERTIFICADO
2. PACIENTE RECLAMANTE:	PARENTESCO	EDAD
3. CAUSA DE LA RECLAMACIÓN ENFERMEDAD () ACCIDENTE ()		
4. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ENFERMEDAD, INDIQUE:		
a) EL PADECIMIENTO: _____		
b) CUANDO SE PRESENTARON LOS PRIMEROS SINTOMAS? _____		
c) CUANDO COMENZO EL TRATAMIENTO? _____		
5. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ACCIDENTE, INDIQUE:		
a) CUANDO OCURRIO? _____		
b) DONDE OCURRIO? _____		
c) COMO OCURRIO? _____		
6. MEDICO CONSULTADO	FECHA:	
7. REFERENCIAS DE LOS MEDICOS CONSULTADOS:		
NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELEFONO
PRIMER MEDICO		
MEDICO ACTUAL		
8. SI HA ESTADO HOSPITALIZADO POR ESTA DOLENCIA INDIQUE:		
NOMBRE DEL HOSPITAL O CLINICA	FECHA ENTRADA:	FECHA DE SALIDA

DECLARACION Y AUTORIZACION

DECLARO QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE ME ATENDIERON, PARA QUE SUMINISTREN A LA CENTROAMERICANA, S.A. CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE RECLAMO Y SI EXISTIESE FALSEDAZ EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARA OBLIGADA A PAGAR NINGÚN RECLAMO.

ASEGURADO_____
FECHA**II. GASTOS RECLAMADOS**

No. DOCUMENTOS

MONTO

		No. DOCUMENTOS	MONTO
1	CUENTA HOSPITALARIA		
2	HONORARIO POR CIRUGÍA		
3	ANESTESISTA		
4	HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTAS		
5	HONORARIOS POR TRATAMIENTO		
6	LABORATORIOS Y RAYOS "X"		
7	FARMACIA FUERA DEL HOSPITAL		
8	OTROS (ESPECIFIQUE)		
9	TOTAL DE GASTOS RECLAMADOS		