

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

Número de Póliza _____	Vigencia del _____ al _____	Paquete contratado 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
------------------------	-----------------------------	--

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 de hospital:
-------------------------	-------	--------------	---------------	---------------------

TRATAMIENTO EFECTUADO					
<input type="radio"/> Médico	Fecha de 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 electrónica a:**

Nombre del titular de la cuenta:		
Banco:	Cuenta:	Plaza:
Clabe:	Sucursal:	

Con la suscripción del presente documento, el asegurado, contratante (en caso de menores de edad) o beneficiario designado en su caso otorgan a MAPFRE México, S.A. el más amplio y completo finiquito que en derecho proceda respecto del pago que se efectúe correspondiente al padecimiento 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 no prejuzga sobre la procedencia de la indemnización, sin embargo en caso de proceder el pago y una vez realizada subrogo a MAPFRE México, 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 México, S.A. "

Lugar y Fecha	Nombre y Firma

Le recordamos: Es indispensable requisitar Informe Médico (reverso). Adjuntar a 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 factura(s) del hospital y recibo(s) de honorarios médicos.

## INFORME DEL MÉDICO

Este formato debe ser llenado por el Médico tratante.

<b>DATOS DEL MÉDICO</b>					
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:	

<b>INFORME MÉDICO</b>		
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. Mencione y anexe los estudios con lo que se realizó el diagnóstico:		
Estudio: _____ Fecha: _____		Lugar del prestador de servicios: _____
Esta enfermedad por sus síntomas o signos ¿puede pasar desapercibida?:		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
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 dio tratamiento hospitalario al paciente:		
Nombre del hospital en el cual fue atendido:		
¿Qué tratamiento y por cuanto 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 independientemente a la mencionada:		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuál es el nombre de la enfermedad?:		
Observaciones:		

Lugar y Fecha	Nombre y Firma
---------------	----------------

<b>Para uso exclusivo de MAPFRE México, S.A</b>	
Clave del Padecimiento _____	Clave O.I.I _____

Autorizo a los médicos 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 seguro donde haya ingresado la solicitud de seguros, para que se proporcione a MAPFRE México, S.A. los informes que requiera, referentes a mi salud, enfermedades y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que MAPFRE México, S.A., lo considere oportuno. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.