

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO ACCIDENTES Y ENFERMEDADES



MAPFRE Tepeyac, S.A.
Boulevard Magnocentro No. 5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Huitzilucan, Edo. de México C.P. 52760. Tel. 5230-7000.

FECHADO EN	DÍA	MES	AÑO

PÓLIZA VIGENTE

PÓLIZA AFECTADA

CONTRATANTE

NO. DE RECLAMACIÓN

ENVIAMOS LOS DOCUMENTOS ABAJO RELACIONADOS PARA SU REEMBOLSO, EN APOYO A LA RECLAMACIÓN EN REFERENCIA.

ASEGURADO

PACIENTE

PARENTESCO

CANTIDAD DE DOCUMENTOS	CONCEPTO	IMPORTE
	AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD E INFORME MÉDICO TOTALMENTE REQUISITADOS	
	RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	
	FACTURA Y ESTADO DE CUENTA DEL HOSPITAL	
	FACTURA POR ANÁLISIS Y RADIOGRAFÍAS	
	FACTURA POR AMBULANCIA	
	FACTURA DE FARMACIA CON RESPECTIVAS RECETAS	
	RECIBO (S) POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	
	RECIBO (S) POR ANESTESIA	
	RECIBO (S) POR HONORARIOS DE ENFERMERAS	
	RECIBO (S) POR HONORARIOS MÉDICOS	
	OTROS CONCEPTOS:	
	TOTAL \$	

En caso de resultar procedente la reclamación, manifiesto mi consentimiento para que el pago se realice vía transferencia electrónica a:

Nombre del titular de la cuenta

Banco Cuenta Plaza

Clabe Sucursal

E-mail

O en su defecto expedir cheque a nombre de:

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Con la suscripción del presente documento, el asegurado, contratante (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 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 realizado subrogo a MAPFRE 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 contra el causante del siniestro en referencia hasta el límite de la indemnización pagada.

Lugar Día Mes Año

Nombre y Firma

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN CASO DE RECLAMACIÓN POR GASTOS MÉDICOS

Seguros de que usted desea le reembolsemos en el menor tiempo posible los gastos médicos que ha erogado, le pedimos nos de oportunidad de servirle con prontitud y eficacia, ordenando su documentación y revisando que ésta reúna los requisitos que a continuación enumeramos:

1. Presente su reclamación con los siguientes documentos.

- A) Carta remesa de reclamación (formato SAAE - 503 que nosotros proporcionamos).
- B) Aviso de Accidente o enfermedad (formato SAAE - 509 que nosotros proporcionamos).
- C) Informe Médico (formato SAGM - 597 que nosotros proporcionamos).
- D) Comprobante por gastos efectuados.

2. Es indispensable que el Aviso de Accidente o enfermedad (formato SAAE - 509) e Informe Médico (formato SAGM - 597), sean contestados en todos sus puntos claramente. Si la reclamación se deriva de un accidente detalle exactamente cómo ocurrió. Verifique que su Médico proporcione un diagnóstico claro y concreto.

3. Para su liquidación es necesario envíe los originales de los comprobantes de todos los gastos que erogó (facturas y estado de cuenta del hospital, recibos médicos, enfermeras, ayudantes, notas de farmacia, etc.), ordenándolos en la misma forma en que hizo el desglose de la carta remesa de reclamación. Las copias o duplicados de cualquier comprobante para efectos de reembolso, no tienen validez, por lo que si nos las envía se utilizarán sólo como dato informativo.

4. Los recibos de honorarios de médicos, ayudantes, anestelistas, enfermeras, deberán traer su No. de Ced. Profesional, Registro de la Secretaría de Salud, Registro Federal de Contribuyentes y No. de Folio y concepto.

5. Los recibos por estudios de laboratorios y rayos X, deben venir acompañados de sus resultados, ya que de lo contrario nos veremos imposibilitados a reembolsarlos.

6. Le pedimos que en el momento de adquirir sus medicinas, anexe a la nota de farmacia la receta del médico, tachando de esa nota aquellos medicamentos o artículos que no correspondan a la alteración de salud reclamada.

7. Solicite en la farmacia nota de remisión con el desglose de cada medicamento adquirido. Recuerde que los tickets carecen de validez, por lo que no son reembolsables.

8. Cuide que su médico no anote el costo de la consulta en la misma receta, pues en este caso el importe cobrado no lo tomaremos en cuenta; debe expedir el recibo correspondiente.

9. Si el hospital, médico, laboratorio, etc., le expide un recibo por el importe total de su cuenta, solicite el desglose por cada uno de los conceptos que ampara, para evitar así demora en el trámite.

10. Para estar en condiciones de reembolsar el I.V.A. será necesario que los comprobantes sean expedidos a nombre del Asegurado y MAPFRE Tepeyac, S.A.

11. En los gastos que causen I.V.A., solicite que sea desglosado.

12. Por tratarse de un trámite de reembolso de gastos médicos, ningún pago se efectúa directamente a médicos, hospitales, laboratorios, etc.

13. Los pagos por donativo a instituciones de Beneficiencia o Establecimientos Oficiales de Servicio, no son reembolsables.

14. Los comprobantes y pagos los deberá presentar en las oficinas de MAPFRE Tepeyac, S.A. o a su Agente de seguros.

División Metropolitana I

Av. Universidad 2085 Piso 1 Col. Copilco el Bajo 04340 México, D.F. Tel. (55) 5480-3971 Fax (55) 5480-3940

División Metropolitana II

Av. Universidad 2085 Piso 1 Col. Copilco el Bajo 04340 México, D.F. Tel. (55) 5480-3971 Fax (55) 5480-3936

División Metropolitana III

Arquímides 27 Col. Bosques de Chapultepec 11580 México, D.F. Tel. (55) 9138-2370 Fax (55) 9138-2386

División Metropolitana IV

Newton 293 Col. Chapultepec Morales 11570 México, D.F. Tel. (55) 5093-6100 Fax (55) 5093-6124

División Noreste

Calzada San Pedro 275 Sur Col. Del Valle 66220 San Pedro Garza García, N.L. Tel. (81) 8399-5800 Fax (81) 8399-5856

División Noroeste

Dr. Atl 1-501 Col. Zona Río 22320 Tijuana, B.C. Tel. (664) 633-8800 Fax (664) 633-8857

División Occidente

Av. Vallarta 2252 Col. Americana 44100 Guadalajara, Jal. Tel. (33) 3669-1900 Fax (33) 3669-1952

División Bajío

Prolongación Corregidora 127 Local B Col. Villas del Parque 76920 Querétaro, Qro. Tel. (442) 246-3264

División Oriente

Av. Juárez 1515 Col. La Paz 72160 Puebla, Pue. Tel. (222) 229-4260 Fax (222) 229-4256

División Sureste

Calle 60 No. 303 x 27 Col. Alcalá Martín 97050 Mérida, Yuc. Tel. (999) 942-4000 Fax (999) 942-4003