

## RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. No. de póliza CERT. _____		Nombre del Grupo _____		2. Nombre del asegurado (dueño de póliza) _____		Fecha de Nac. (dueño de póliza) _____		3. Cédula _____	
4. Teléfono: _____		5. Nombre del paciente: _____				6. Fecha de Nac. del Paciente: Día ____ Mes ____ Año ____		7. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
8. Favor detalle el total de gastos que Ud. está presentando:		9. En caso de accidente, explique dónde _____ cuando _____ Y como sucedio _____				10. Si posee Ud. otro seguro que pudiera cubrir parte de los gastos, indique: Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Acc. Personal			
Consulta \$ _____	Medicamentos \$ _____					Laboratorio \$ _____	Rayos X \$ _____	Cirugía \$ _____	Exámenes Especiales \$ _____
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. Así mismo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el procesamiento de este reclamo.									
Firma _____					Fecha _____				
<b>AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DIRECTO A MEDICO Y/O HOSPITAL</b>									
Yo autorizo que el pago de mis beneficios sea efectuado directamente al médico tratante y/u hospital por los servicios prestados.									
Firma _____					Fecha _____				

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

11. Fecha en que tuvo el primer síntoma: Día ____ Mes ____ Año ____					<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Embarazo (FUM)	
12. DIAGNÓSTICO (FAVOR UTILICE COD.) _____									CÓDIGO _____	
13. DETALLE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERVICIO MÉDICO SUMINISTRADO										
Fecha	Lugar (Cod.)*	Describe el procedimiento quirúrgico o servicio médico					Código	Cargo		
<b>Total</b>										
*Código de lugar de Servicio: (PH) Paciente Hospitalizado (PA) Paciente Ambulatorio (O) Oficina (H) Hogar (OL) Otro Lugar (U) Urgencias										
14. Indique los exámenes de Laboratorio o Rayos X que Ud. ordenó: _____										
15. ¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? Día ____ Mes ____ Año ____			Diagnóstico: _____			16. 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 del médico tratante _____				Fecha _____		
Nombre o razón social _____						Céd. o Ruc _____		Tel. Clínica _____		

\*Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá\*

## RECIBO DE RECLAMO DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS

FECHA	PÓLIZA	CERTIFICADO	FECHA ENTREGA	ASEGURADO

RECLAMOS PRESENTADOS		
RECLAMANTE: _____	RELACIÓN: _____	RECLAMOS: _____

\*Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá\*

Estimado Asegurado:

Ayúdenos a prestarle un SERVICIO DE CALIDAD Y TRAMITARLE RÁPIDAMENTE 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 MÉDICAS correspondientes a cada uno de estos servicios.
4. Recuerde utilizar el FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN en caso de Cirugía, Maternidad o Tratamientos Programados que involucren reclusión hospitalaria, ciertos Procedimientos Ambulatorios y Exámenes Especiales. Este formulario lo puede obtener en nuestro Departamentos de Reclamos - Salud, Hospitales y/o Clínicas.
5. En caso de Reclamo de hijo dependiente que haya cumplido los 21 años pero menor de 25 años, ADJUNTE COPIA del último recibo de matrícula.

### **AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Por la presente, en pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda aún después de mi fallecimiento, mi libre intención en autorizar a todo médico, hospital, clínica, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicio de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupos, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, exámen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, pre-diagnóstico, procedimiento, u hospitalización relacionadas a mi persona en el área de la salud de cualquier naturaleza, así como copia auténtica de mi Cuadrícula o Expediente Clínico, correspondiente a cualquier etapa de mi vida, a dar a MAPFRE PANAMÁ, S.A. o a su representante autorizado esta información.

Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea, autorizo a los hospitales, médicos, laboratorios, clínicas o cualquiera otra institución similar, en donde haya sido atendido, a entregar MAPFRE PANAMÁ, S.A. o sus representantes, cualquier información que guarde relación con lo antes expuesto.

Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de esta información es esencial para que MAPFRE PANAMÁ, S.A. pueda hacer una justa valoración sobre la cirugía o tratamiento a efectuarse. Esta información será usada para determinar si la cirugía o tratamiento y los costos relacionados serán cubiertos. MAPFRE PANAMÁ, S.A. también podrá solicitar una segunda opinión cuando el caso lo amerite. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa), con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa). y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 de marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

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

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre completo del Banco \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta:     Ahorro \_\_\_\_\_                     Corriente \_\_\_\_\_

Número de Cuenta con guiones \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

***De realizar cambios en la cuenta, deberá notificar por escrito a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para realizar los cambios oportunamente. Favor adjuntar copia de cédula de identidad personal.***

**Apartado 0816-03629 Panamá, Rep. de Panamá TEL. 378-9800 FAX 378-9898**

**ATENCIÓN 24 HORAS TELÉFONO: 390-9090**

**[pre-autorizaciones@mapfre.com.pa](mailto:pre-autorizaciones@mapfre.com.pa)**

**Oficina virtual: [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa)**