

INSTRUCCIONES.

1. Este formato debe ser llenado en su totalidad con letra molde y firmado por el beneficiario del pago.

2. Los documentos que se deberán de anexar al presente formato son:

- Reporte de Accidente o Enfermedad (Sólo en siniestro inicial).
- Informe Médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante (Sólo en siniestro inicial).

En caso de pagos complementarios, entregar información médica actualizada cuando:

1. Cada año a partir de la fecha en que ingreso la primer reclamación.
2. Transcurridos seis meses de que ingreso su última reclamación.

Lo que ocurra primero.

- Comprobantes originales de los gastos efectuados ya sean Facturas y/o Recibos de Honorarios Médicos en donde se indique el nombre del paciente.
- Identificación oficial del beneficiario del pago.
- Copia de los resultados de laboratorio e interpretación de los estudios de gabinete.
- Copia de recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, solo en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación o cuando esta no cuente con domicilio.
- Para el pago por transferencia electrónica, debe proporcionar en este formato el nombre del banco, cuenta y clabe interbancaria o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión).

Número de Póliza:

Número de Riesgo:

Número de Siniestro:

Nombre del Contratante:

Nombre del Paciente:

DATOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:

Pago a Favor de:

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AÑO

Domicilio: Calle

N°

Colonia

Delegación o Municipio:

Estado:

C.P.:

R.F.C.:

CURP:

Nacionalidad:

Ocupación o Profesión:

Actividad o Giro del Negocio:

Teléfono:

N°. Celular:

Mail:

Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún cargo público: Si No Cargo:**INDIQUE LA FORMA DE PAGO:** Pago por Transferencia Electrónica

Banco:

Cuenta:

Clabe Interbancaria:

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente autorizo expresamente para utilizar la presente información con cualquiera de las entidades financieras relacionadas a MAPFRE TEPEYAC S.A. Con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizare transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

 Cheque

Con la suscripción del presente documento, el asegurado, contratante (en caso de ser menor de edad) o beneficiario designado en su caso, otorga a MAPFRE TEPEYAC, S.A., el más amplio 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 el mismo, MAPFRE TEPEYAC, S.A., se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra el o los causantes del daño esto de conformidad con los artículos 111 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

SE ANEXA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DE:Reporte de accidente o enfermedad Si No Resultado de estudios de laboratorio y/o gabinete y su interpretación Si No Informe Médico Si No Historias clínicas Si No **RELACIÓN DE COMPROBANTES:**

Nº de Comprobante	Nombre del Proveedor	Importe
1.-		\$
2.-		\$
3.-		\$
4.-		\$
5.-		\$
6.-		\$
7.-		\$
8.-		\$
9.-		\$
10.-		\$
11.-		\$
12.-		\$
13.-		\$
14.-		\$
15.-		\$
TOTAL RECLAMADO:		\$

Importe con letra:

Contacto por el cual se entrega documentación a MAPFRE:

 Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____ mail: _____

Contacto por el cual desea recibir su respuesta:

 Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____ mail: _____

Observaciones:

Firma del Beneficiario del Pago_____
Fecha de Reclamación_____
Lugar donde se presenta la reclamación**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx