



MAPFRE
SEGUROS J-00021410-7

SOLICITUD DE SERVICIO

Fecha

Solicitud de	☐ Reembolso ☐ Carta aval	Pólizas de	☐ Salud ☐ Accidentes Personales (Gastos Médicos)
--------------	--	------------	--

IMPORTANTE: ESTE FORMULARIO ES INDISPENSABLE PARA LA TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO. ASEGÚRESE DE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

Número de póliza contratada	Individual ☐ Colectiva ☐	Nombre de la Empresa Contratante	Fecha de Ocurrencia (*)
-----------------------------	---	----------------------------------	-------------------------

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres	Apellidos	Cédula de Identidad ☐ V ☐ E
---------	-----------	---

Teléfono Habitación (0)	Celular (0)	Correo Electrónico
-----------------------------	-----------------	--------------------

Llenar solo si la persona que presenta el siniestro es distinto al titular (Indique parentesco: _____)

Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Cédula de Identidad ☐ V ☐ E ☐ Menor de Edad
---------	-----------	---------------------	---

DATOS GENERALES DEL SINIESTRO

Diagnóstico

☐ Nuevo (**)	☐ Reconsideración	Número de Siniestro / Expediente:
☐ Recaudo faltante	☐ Refechaje	

DOCUMENTOS CONSIGNADOS. MARQUE CON UNA EQUIS (X)

☐ Informe médico	☐ Factura de Clínicas
☐ Exámenes médicos (laboratorio, biopsias, informes Radiológicos, entre otros)	☐ Facturas de Farmacias
☐ Placas (entregar solo de ser solicitado por la empresa)	☐ Facturas de Exámenes Médicos
☐ Récepes e indicaciones médicas	☐ Facturas/Recibo de Honorarios Médicos
☐ Si la causa del siniestro fue un accidente: carta firmada por el asegurado narrando detalladamente los hechos	☐ Otros _____

OBSERVACIONES

--

AUTORIZACION PARA SER FIRMADO ÚNICAMENTE POR EL ASEGURADO AFECTADO O POR EL TITULAR DE LA PÓLIZA

Declaro que yo o mi representado, tenemos contratada o estamos incluidos como asegurados en la póliza de MAPFRE La Seguridad C.A. de Seguros, señalada en este documento, y en virtud de lo que en ella se establece, autorizo a ésta a efectuar visitas hospitalarias, revisión de historia medica, así como cualquier otra documentación médicamente necesaria para obtener toda información relacionada con mi estado de salud, o el de la persona que represento, de todos los médicos, hospitales, clínicas u otros proveedores, que me hayan atendido o me estén atendiendo y relevo a todos ellos de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tal información.

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

PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE MAPFRE LA SEGURIDAD C.A. DE SEGUROS

Recibido por	Código de Oficina Comercial / Oficina Regional	Extensión	Fecha
--------------	--	-----------	-------

(*) Fecha de la factura con mas antigüedad consignadas, para pólizas de salud.

Fecha de ocurrencia del accidente, para pólizas de accidentes personales.

Fecha de entrega de documentos a MAPFRE, para cartas aavales

(**) Seleccionar en caso de presentación de siniestros por primera vez y complementos y no colocar números de siniestros

Nota: La compañía podrá solicitar cualquier otro documento que se considere necesario para la tramitación de su siniestro