

**MAPFRE**

MAPFRE México S.A.
Av. Revolución No. 507 Col. San Pedro de los Pinos.
Delegación Benito Juárez, C.P. 03800. Ciudad de México.
Teléfono: 5230-7000

EJEMPLO DE LLENADO

MENORES DE EDAD

(UNICAMENTE REQUISITADO POR PADRE/

MADE O TUTOR)

*Indicar con X el tipo de reclamación: Inicial o Complemento

Solicitud de Reembolso

Sinestros Accidentes y Enfermedades

Escribir fecha en que se llena

la solicitud. DD/MM/AAAA.

Fecha:

Instrucciones al reverso.		¿Qué tipo de reclamación desea hacer? ☐ Inicial ☐ Complemento		Número de siniestro:	
Nombre del paciente: Escribir el nombre del lesionado menor de edad.		R.F.C.:		Escribir CURP del menor lesionado	
Edad:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de póliza:		Número de riesgo: Dejar en blanco	
Nombre del titular: Escribir nombre del padre/madre o tutor.					
Nombre o razón social del contratante: Escribir: Federación Mexicana de Fútbol Asociación A.C.					
Si cuenta con la cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad y/u Hospitalización Diaria, indique la fecha de incapacidad u hospitalización: Dejar en blanco					

Aviso de accidente o enfermedad (llenar solo en reclamaciones iniciales)

Causa de atención: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo	Fecha en que se atendió por primera vez: Escribir fecha en que se recibió 1ª atención.
Marcar con X la casilla de Accidente	Fecha de accidente o inicio de síntomas: Escribir fecha en que ocurrió accidente.

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía? ☐ Si ☐ No		Indique cual: Dejar en blanco
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación: Escribir el diagnóstico que confirmó el médico.		
Si es accidente, detalle cómo y dónde ocurrió: Escribir breve descripción de donde y cómo ocurrió el siniestro.		
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados? Escribir el nombre de los estudios que realizó el médico.		
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público) Dejar en blanco		
Nombre del hospital donde se atendió: Escribir el nombre del hospital o clínica donde se atendió.		
Dirección: Escribir la dirección del hospital o clínica donde se atendió.		
Fecha de ingreso: Dejar en blanco	Fecha de egreso: Dejar en blanco	Número de días de hospitalización: Dejar en blanco.
¿Ha estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar? Si ☐ No ☐ Indique el tratamiento: Médico: ☐ Quirúrgico: ☐		

Información sobre su pago

Forma de pago: ☐ Orden de Pago ☐ Transferencia electrónica	Banco
	Clabe interbancaria
Datos del beneficiario del pago:	
Pago a favor de:	
Calle:	No. Colonia:
Delegación o Municipio:	Población o Ciudad:
Estado:	Código postal: País de nacimiento:
Nacionalidad:	Teléfono (s): Celular:
R.F.C.:	CURP:
Ocupación o Profesión:	Número de serie de la firma electrónica avanzada:
Actividad o Giro del negocio:	
Correo electrónico:	
Ocupa o ha ocupado durante los últimos 2 años cargo o función pública: ☐ Si ☐ No	
En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo:	

NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A

En caso de ser extranjero, llenar los datos de su país de origen:

Dirección: Dejar en blanco				
Código postal:	P.O. Box:	Estado:	País:	Clave país + código ciudad + teléfono:

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 México, 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 realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

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 México, S.A., se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra él o los causantes del daño. Esto de conformidad con los artículos 111 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

De acuerdo al dictamen médico administrativo de la reclamación ingresada y en caso de que se realice el pago de la indemnización que corresponda, vía transferencia, manifiesto que en este acto otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal o derecho alguno que ejercitar en contra de MAPFRE México, S.A., derivado de la presente reclamación.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A.

Escribir lugar donde se presentó la reclamación (estado o municipio)

Lugar donde se presenta la reclamación

Nombre y firma del padre/madre o tutor. En caso de que la firma sea igual al nombre, colocar 2 veces

Firma del beneficiario del pago

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
SAAE-503

Ulenar de acuerdo a los datos personales del padre/madre o tutor.

Documentación entregada

Marcar con X la documentación que se anexa a la reclamación.

Marque la documentación que anexa

- ☐ Informe Médico
☐ Copia de receta médica
☐ Estudios de imagenología interpretados

- ☐ Estudios de laboratorio interpretados
☐ Comprobantes de gastos
☐ Otro: _____

Número de factura y/o recibo	Nombre del proveedor	Importe
1.-		\$
2.- Escribir el	Escribir nombre del proveedor	\$ Escribir el
3.- número de	que emite la factura.	\$ importe por
4.- la factura o	Ejemplo: Farmacia San Pablo.	\$ cada factura
5.- las últimas		\$ a reclamar.
6.- 4 dígitos del		\$
7.- CFDI.		\$
8.-		\$
9.-		\$
10.-		\$
11.-		\$
12.-		\$
13.-		\$
14.-		\$
15.-		\$

Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo orden.

Total reclamado: \$ Escribir el total del importe reclamado.

Observaciones:

Dejar en blanco

Instrucciones:

- Este formato debe ser llenado en su totalidad con letra molde y firmado por el beneficiario del pago.
- Los documentos a anexar al presente formato son:
 - Informe médico. Debe ser llenado por su médico tratante y presentándolo sólo en siniestros iniciales y cada seis meses y/o cada año a partir de la fecha que ingresó la primer reclamación. Si presenta gastos por varios médicos, deberá anexar informe de cada uno de ellos.
 - Comprobantes originales. Los cuales deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y venir a nombre del afectado (si éste es menor de edad deberán venir a nombre del beneficiario del pago) detallando el concepto del gasto.
 - Copia de la identificación oficial vigente del beneficiario del reembolso, presentándolo sólo en siniestros iniciales o cuando el beneficiario del reembolso cambie.
 - Copia de Estado de Cuenta bancario. Deberá reflejar la clabe interbancaria (única ocasión) o cuando cambie la clabe o el beneficiario del reembolso.

Recomendaciones:

- Las facturas de laboratorio o imagenología deberán venir acompañadas de los resultados e interpretación de los estudios realizados.
- Las facturas de farmacia deberán acompañarse por la receta médica correspondiente e indicar los medicamentos o artículos que no correspondan al paciente.
- En caso de que se presente dos reclamaciones simultáneas, de ser posible, separe los gastos de cada padecimiento y requisiite para cada uno toda la documentación requerida.
- Lea las Condiciones Generales de la Póliza del plan que contrató antes de tramitar cualquier reclamación, debido a que pueden existir exclusiones y limitaciones. En caso de duda, acuda con su Agente Profesional de Seguros.

Folio expediente de identificación del cliente: Dejar en blanco.