



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, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnóstico, 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.

#### **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**

**Oficina virtual: www.mapfre.com.pa**

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