

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873. Miraflores, Lima, Perú
t (511) 213 7373, f (511) 243 3131
www.mapfre.com.pe



solicitud de beneficios

DATOS DEL CLIENTE (COMPLETAR POR EL ASEGURADO O LA EMPRESA CONTRATANTE)

TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS

TITULAR

N° DE CONTRATO

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA: BANCOS

TIPO DE MONEDA DE CUENTA BANCARIA

CONTINENTAL CRÉDITO INTERBANK SCOTIABANK
(20 dígitos) (*) (13 dígitos) (10 dígitos)

SOLES DOLARES
(*BCP 13 dígitos Cta Cte y 14 dígitos ahorros)

La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que los gastos presentados

TIPO DE CUENTA

N° CUENTA

AHORROS CUENTA CORRIENTE

CORREO ELECTRONICO

TELEFONOS

PACIENTE

EDAD

SEXO

M F **DESCRIPCION DEL GASTO PRESENTADO:**

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO Y/O ATENCION	DIAGNOSTICO/PATOLOGIA TRATADA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROVEDOR MEDICO	MONTO FACTURADO Y DIVISA DEL COMPROBANTE

A través de mi firma autorizo a las clínicas y médicos tratantes a proporcionar a la EPS cualquier información relacionada con mi atención médica, como historias clínicas, certificados, informes, ejecución de intervenciones quirúrgicas, tratamientos de enfermedades, etc; cumpliendo con lo dispuesto en el artículo 25 inciso a) de la ley general de salud - Ley 26842.

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN SOLICITUDES DE BENEFICIOS

Por el presente documento otorgo mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que MAPFRE incluya mis datos personales sensibles o no, consignados en el presente documento, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a mi información en la ejecución del contrato. Asimismo, consiento expresamente la comunicación de mis datos personales a las entidades y/o personales a las cuales MAPFRE les encargará el cumplimiento de ciertas actividades para el desarrollo del servicio contratado y exclusivamente para dicho fin, teniendo conocimiento que MAPFRE asegura la confidencialidad de mis datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento.

FIRMA DEL ASEGURADO

Certificamos que el solicitante labora en nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en el plan de salud.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

[1] Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico según la resolución SBS 445-2000 o norma que la sustituya.

Importante En caso de reembolso, se deberá adjuntar copia de los resultados y recetas médicas correspondientes, asimismo se deberá presentar boletas y recibos por honorarios médicos a nombre del paciente. No se aceptarán gastos con más de 60 días de antigüedad.

DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA (COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y EPISODIOS ANTERIORES

ENFERMEDAD ACTUAL (EN CASO DE ACCIDENTE SEÑALAR FECHA Y CIRCUNSTANCIAS, EXPLICAR EL ACCIDENTE)

EXÁMENES AUXILIARES

DIAGNÓSTICOS

CIE 10

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O MÉDICO

PRONÓSTICO

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

CLÍNICA

CUARTO

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO

FECHA DE ALTA

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE

ESPECIALIDAD

TELÉFONO

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE