

PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO/CONTRATANTE/EMPRESA (Campos Obligatorios)

Primera atención Continuación de tratamiento Reembolso

Empresa/Centro Educativo:

PACIENTE (no olvide llenar los campos marcados como obligatorios)

Ap. Paterno: Ap. Materno: Nombres:

Sexo: F M

Fecha de nacimiento:
(campo obligatorio)

DNI:
(campo obligatorio)

DETALLE DEL ACCIDENTE

Lugar de ocurrencia: Fuera de las instalaciones Dentro de las instalaciones

Fecha de accidente: Hora de accidente: AM PM

PARA ACCIDENTES COLECTIVOS (EMPRESAS)

Ocupación: En horario laboral: Sí No

PARA ACCIDENTES ESCOLARES (UNIVERSIDADES, COLEGIOS, INSTITUTOS)

Dentro del centro educativo: Sí No

TIPO DE ATENCIÓN

Emergencia Hospitalización Ambulatorio

TIPO DE ACCIDENTE

Golpes Quemaduras Sobresfuerzo

Cortes Intoxicación Atropello

Caídas Atrapamiento Otro:

LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

Amputación Contusión Luxación

Quemaduras Laceración Pinchazo

Raspadura Lesiones múltiples Electrocuación

Fractura Otros:

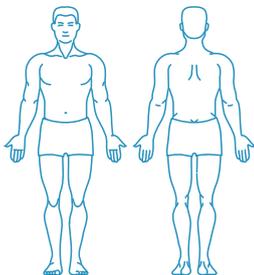
PARTES DEL CUERPO AFECTADAS

Dedos Tronco Pies

Cabeza Brazo Ojos

Mano Pierna Otro:

MARCAR LAS PARTES DEL CUERPO AFECTADAS



NARRAR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en nuestro plan de salud. Las declaraciones anteriores son verdaderas y, en tal sentido, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud 26842, el afiliado presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la compañía cualquier información del acto médico relacionado a la atención, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto, el afiliado reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del afiliado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización y auditoría.

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (Campos Obligatorios)

Nombre del establecimiento: Nombre del médico tratante: CMP:

Embarazo: Sí No Tiempo (sem):

Diagnóstico:	CIE10:
1	_____
2	_____
3	_____
4	_____

DATOS NECESARIOS PARA REEMBOLSOS

La cuenta debe estar a nombre del asegurado y no aplica para banco Cencosud, Ripley, Saga Fallabela, Cajas o cuentas mancomunadas.

Nombre del banco:

Número de cuenta bancaria:

Cuenta Interbancaria (CCI):

Moneda: S/ \$

Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Maestra

Fecha:

Firma del Médico Tratante