

**SEGURO DE SAÚDE**

Solicitação de Reembolso, Crédito Ambulatório e Hospitalar

**DADOS DO CLIENTE (para ser preenchido pelo segurado da empresa contratante)**

EMPRESA CONTRATANTE \_\_\_\_\_ APÓLICE No \_\_\_\_\_

TITULAR \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

PACIENTE \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO E/OU ATIVIDADE DO CLIENTE \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

**DADOS DA CONTA BANCÁRIA: BANCOS** \_\_\_\_\_ **TIPO DE MOEDA DA CONTA BANCÁRIA** \_\_\_\_\_

CONTINENTAL  CREDITO  INTERBANK  SCOTIABANK  SOLES  DÓLARES

**TIPO DE CONTA** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CONTA** \_\_\_\_\_

POUPANÇA  CONTA CORRENTE  CONTA MAESTRA  \_\_\_\_\_

PARENTESCO	LUGAR DE ATENDIMENTO	TIPO DE OCORRÊNCIA	TIPO DE ATENDIMENTO
TITULAR _____	NOME _____	HOSPITALIZAÇÃO _____	REEMBOLSO _____
CÔNJUGE _____	CONSULTÓRIO PARTICULAR _____	AMBULATÓRIO _____	CRÉDITO _____
FILHO _____	CLÍNICA _____	EMERGÊNCIA _____	
PAI _____	CENTRO MÉDICO _____		
OUTRO _____			

**CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS EM SOLICITAÇÕES DE BENEFÍCIOS**

Através do presente documento outorgo o meu consentimento livre, prévio, informado, expresso e inequívoco para que MAPFRE inclua meus dados pessoais confidenciais ou não, consignados no presente documento, em seus sistemas de banco de dados e possa dar tratamento a minha informação na execução do contrato. Além disso, consinto expressamente a comunicação dos meus dados pessoais para as entidades ou pessoal nos quais MAPFRE encarregará o cumprimento de certas atividades para o desenvolvimento do serviço contratado e exclusivamente para este fim, tendo conhecimento que MAPFRE assegura a confidencialidade dos meus dados e garante que não os compartilhará com pessoas alheias, salvo o indicado no presente documento.

\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA CONTRATANTE \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO SEGURADO \_\_\_\_\_

(PARA O USO EXCLUSIVO DA COMPANHIA)

CÓDIGOS \_\_\_\_\_ CONTINUIDADE \_\_\_\_\_

**AUDITORIA MÉDICA**

CÓDIGO OU REQUERIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO OU REQUERIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO OU REQUERIMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA E VISTO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA E VISTO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA E VISTO \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE: NO CASO DE REEMBOLSO OS GASTOS DEVERÃO SER APRESENTADOS DENTRO DOS 30 DIAS DO SEU FATURAMENTO E DE ACORDO COM O SEGUINTE: TODO COMPROVANTE DE PAGAMENTO (RECIBOS DE HONORÁRIOS, NOTAS FISCAIS, RECIBOS) TEM QUE SER EMITIDO NO NOME DO SEGURADO (PACIENTE)**

(PARA SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL)

Assinalar claramente as datas de diagnóstico ou de início dos sintomas, lugares de atendimento e nome do médico responsável

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

**DOENÇA ATUAL (Se for um acidente assinalar a data e as circunstâncias do mesmo)**

**EXAMES AUXILIARES**

**DIAGNÓSTICOS**

**TRATAMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO**

**PROGNÓSTICO**

**DA HOSPITALIZAÇÃO**

CLÍNICA | QUARTO | PRONTUÁRIO MÉDICO

DATA DE ENTRADA | DATA DE ALTA

**DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

NOME | ESPECIALIDADE | TELEFONE

C.M.P. | R.E. | R.U.C. | R.P.I.

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

