Plan Seguro®

DMD-SOLMEE-210519-V04

Solicitud de Medicamentos y Equipo Especial por Pago Directo

Requisitos para la solicitud de medicamento vía Pago Directo:

1. Deberá contar con Siniestro aperturado por el mismo diagnóstico por el que realiza esta solicitud.
2. Copia de Finiquito anterior o Carta de Cobertura vía Pago Directo.
3. Copia de Informe Médico no mayor a **tres meses** de haberse expedido.
4. Receta Médica original o copia, no mayor a cuatro meses de haberse expedido, debe contener el nombre del medicamento, presentación y gramaje.
5. Identificación oficial vigente (INE, pasaporte).

Fecha: DÍA MES AÑO

Datos del Asegurado afectado. Todos los datos son obligatorios

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Póliza: Número de Siniestro: Correo electrónico:

Teléfono particular: Teléfono de oficina: Ext. Teléfono celular:

Identificación oficial ◯ Sí ◯ No Informe Médico ◯ Sí ◯ No Receta Médica ◯ Sí ◯ No

Nombre del medicamento	Presentación y gramaje	Presentación a surtir caja/frasco	Dosis en la que se debe de administrar el medicamento

Características del equipo especial	Temporalidad

El medicamento y/o equipo especial deberá entregarse en:

Calle: No. Exterior No. Interior Colonia: C.P.

Delegación o Municipio: Ciudad o Población:

Teléfono particular: Teléfono de oficina: Ext. Teléfono celular:

Referencias particulares del domicilio: Horario de entrega:

El Contratante y/o Asegurado se compromete a cubrir el Coaseguro correspondiente para la solicitud del medicamento autorizado y/o equipo especial, siendo de su consentimiento que no podrá existir cancelación, cambio o devolución de los medicamentos solicitados.
El tiempo de respuesta es de 5 días hábiles, por lo que deberá considerarlo para esta solicitud.
El tiempo de entrega depende de la disponibilidad del medicamento y/o equipo especial.
Aplican restricciones.

Observaciones:

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Nombre y firma del Titular y/o Asegurado afectado

Nombre y firma del Solicitante y/o Asegurado afectado