



CENTRO DE DIAGNOSTICO AFILIADOS

SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y LA EMPRESA)

Yo _____ asegurado bajo la Póliza No. _____
contratada por la Empresa _____
con certificado No. _____, por este medio acepto los cargos que por concepto de exámenes practicados a
mi persona y/o dependiente _____haga el Centro de
Diagnóstico _____

_____ reconociendo mi responsabilidad
en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la Póliza contratada.
Así mismo, de constatarse que dicha Póliza ya no se encuentra en vigor o de no encontrarme como empleado activo de la empresa, me responsabilizo a cubrir al Centro
de Diagnóstico arriba mencionado los gastos incurridos.

Al mismo tiempo, extiendo a Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales el más amplio y total finiquito por el pago que en mi nombre efectúe al Centro de Diagnóstico
arriba mencionado, al llegar a comprobarse la elegibilidad y cobertura.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CEDULA : _____
DIRECCION DOMICILIO: _____ FECHA: _____

Firma y Sello de la Empresa

Firma del Asegurado

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO)

Nombre del Paciente: _____

Diagnóstico inicial: _____

Favor de realizar los exámenes anotados en orden adjunta.

Nombre del Médico

Fecha: _____

Firma de Médico

SECCION III (A SER COMPLETADA POR EL CENTRO DE DIAGNOSTICO)

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Referido por Doctor (es): _____

Exámenes Practicados: (indicar el valor al100%)

_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
	Q. _____
	Q. _____
	Q. _____
	Q. _____
	Q. _____
	Q. _____

Se adjunta Factura No. _____ Por Q. _____ correspondiente al 80% del valor total de la cuenta
 Orden del Médico

Fecha _____ Firma y Sello _____