



**FORMULARIO DE AUTORIZACION
PARA DIAGNOSTICO Y CARTA DE RESPONSABILIDAD**

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: _____ TELEFONO: _____ FECHA: _____

Firma y Sello de la Empresa

Firma del Asegurado

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE)

El presente documento, junto con el formulario de reclamación debe presentarse en Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales 3 días hábiles
antes de la fecha en que se realizarán los exámenes, para su estudio y aprobación, en caso contrario Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales
no se hará responsable por los gastos incurridos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO PRELIMINAR: _____

TIEMPO DE EVOLUCION: _____

ES DE ORDEN: CONGENITO ADQUIRIDO TRAUMATICO

NOMBRE DEL MEDICO: _____

FIRMA Y SELLO: _____ FECHA: _____

DESCRIPCION DE EXAMENES SOLICITADOS: _____

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

VALOR DE LOS EXAMENES A REALIZAR: (Describe exámenes y costos de acuerdo al convenio)

TOTAL: _____

FECHA: _____

Firma y Sello del Centro de Diagnóstico

FAVOR TOMAR NOTA QUE NO SE AUTORIZARAN EXAMENES CUYO VALOR DESCRITO EXCEDA A LOS CONVENIDOS PREVIAMENTE Y EN
NINGUN CASO, DEBE TRASLADARSE COBRO POR EXCESO A LOS ASEGURADOS, CUALQUIER DIFERENCIA DEBERA SER SOLVENTADA ENTRE
EL CENTRO Y LA COMPAÑIA DE SEGUROS, DE ACUERDO A LO CONVENIDO.