

**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: (Describa 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.