

SECCION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CEDULA No.: _____
EDAD: _____ DIRECCION: _____
TELEFONO: _____ NOMBRE DEL DEPENDIENTE: _____
PARENTESCO: _____ EDAD: _____

Por medio del presente documento, **ACEPTO Y RECONOZCO MI RESPONSABILIDAD EN PAGAR** los servicios por concepto de exámenes practicados a mi persona y/o dependiente, que efectúe el laboratorio y/o centro de diagnóstico, en caso de no encontrarme como empleado activo de la empresa (si aplica) o que los servicios no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la póliza o que la misma no se encuentre vigente.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

SECCION DEL PATRONO

(SI APLICA)
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ No. POLIZA: _____ No. CERT.: _____
NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ INGRESO A LA EMPRESA: _____
INGRESO AL SEGURO: _____ NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA: _____

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA AUTORIZADA: _____

SECCION DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DIAGNOSTICO: _____
REALIZAR EXAMENES SEGUN ORDEN ADJUNTA _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ SELLO Y FIRMA DEL MEDICO: _____

SECCION DEL LABORATORIO Y/O CENTRO DE DIAGNOSTICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____
EXAMENES PRACTICADOS: (INDICAR EL VALOR TOTAL)

TOTAL Q. _____

SE ADJUNTA FACTURA No.: _____ **POR Q.** _____

QUE CORRESPONDE AL 80% DEL VALOR TOTAL DE LA CUENTA Y LA ORDEN DEL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE DEL LABORATORIO Y/O CENTRO DE DIAGNOSTICO: _____

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA AUTORIZADA: _____

NOTA: PARA EXAMENES ESPECIALES DE LABORATORIO Y/O CENTRO DE DIAGNOSTICO QUE EL COSTO TOTAL EXCEDA DE Q.800.00 SE NECESITA PRE-AUTORIZACION DE LA CIA. DE SEGUROS, VER REVERSO DE HOJA.



PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE OCCIDENTE

AUTORIZADO: _____ DENEGADO: _____ AUTORIZACION No.: _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: _____

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA DE CIA. DE SEGUROS: _____

OBSERVACIONES: _____

ARISA
SEGUROS
SERVICIO DE PRIMERA CLASE