



Contratante:

Nombre del Paciente:

Edad: A

M

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:

Nombre del médico consultado:

¿Tiene otro tipo de cobertura médica?

SI

NO

Nombre de la Compañía de Seguros:

| Detalle de Gastos Ambulatorios | Valor del Gasto | |
|--------------------------------|-----------------|--|
| Consultas Médicas | | |
| Rayos x | | |
| Laboratorios | | |
| Medicinas | | |
| Otros | | |
| Total de Gastos Presentados | | |

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizo** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía de Seguros** todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Firma y Sello del Contratante

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.