

SECCIÓN A: PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO TITULAR

Póliza: _____ Certificado: _____ Reclamo: Inicial Complemento Pago Convencional Pago Directo

Datos del Paciente: Asegurado Titular Cónyuge Hijo(a) Sexo: M F Edad: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Nombre del Paciente: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Fecha Nacimiento: _____

Teléfono: _____ No. DPI: _____ Correo electrónico: _____

Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar el nombre del Padre o Encargado del alumno a quien se debe emitir el cheque: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a Seguros Agromercantil S. A., cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de Responsabilidad", que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FECHA

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADO POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre de la Empresa: _____

Nombre del Empleado Asegurado: _____

Nombre del Dependiente: _____

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

FECHA

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de la Primera Consulta: _____

Diagnóstico Completo: _____

Esta Incapacidad es de Origen: Accidente Adquirido Dental Congénito Embarazo

Tiempo de Evolución de la Incapacidad: _____

Si es por Embarazo, favor indique: F.U.R.: _____ F.P.P.: _____

Tratamiento Suministrado: _____

Indique la fecha en que atendió al paciente: _____

Si realizó cirugía, haga descripción de la misma e indique en qué hospital: _____

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA

SECCIÓN D: EXCLUSIVO PAGO DIRECTO

Nombre del Hospital Afiliado: _____

HOSPITALIZACION Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Debe especificar los procedimientos quirúrgicos y/o los procedimientos especiales a realizar. Para autorizar una hospitalización es indispensable adjuntar copia de resultados de todos los procedimientos de diagnósticos ya realizados.

Indique el (los) procedimiento (s)	Código RVS
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Honorarios Cirujano: _____ Honorarios Ayudante: _____

Honorarios Anestesiólogo: _____ Otros: _____

Observaciones: _____

EXÁMENES ESPECIALES, RADIOLOGÍA, LABORATORIOS

Rayos X Resonancia Magnética Electrocardiograma Cistoureoscopia

Ultrasonido Mamografía Colonoscopia Electromiograma

Tomografía Electroencefalograma Gastroscopia

Región Anatómica: _____ Otros: (especifique)

1 _____ 4 _____ 7 _____ 10 _____

2 _____ 5 _____ 8 _____ 11 _____

3 _____ 6 _____ 9 _____ 12 _____

MEDICAMENTOS

Cantidad	Nombre Comercial	Genérico	Presentación	Dosis/ Frecuencia	Tiempo de tratamiento

USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AGROMERCANTIL:

Autorizado por: _____ Fecha: _____ Firma/Sello: _____ No. Autorización: _____

NO Autorizado: _____

_____ Copago: _____

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN TIENE VALIDEZ 10 DIAS CALENDARIO A PARTIR DE FECHA DE AUTORIZACIÓN.