

**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 <input type="checkbox"/>     | Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> | Electrocardiograma <input type="checkbox"/>   | Cistouretroscopia <input type="checkbox"/> |
| Ultrasonido <input type="checkbox"/> | Mamografía <input type="checkbox"/>           | Colonoscopia <input type="checkbox"/>         | Electromiograma <input type="checkbox"/>   |
| Tomografía <input type="checkbox"/>  | Electroencefalograma <input type="checkbox"/> | Gastroscopia <input type="checkbox"/>         |  |
| Región Anatómica: _____              |   | Otros: (especifique) <input type="checkbox"/> |  |

- |         |         |         |          |
|---------|---------|---------|----------|
| 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.**