

HOSPITALES AFILIADOS _____

A QUIEN INTERESE: _____

Datos a completar por el hospital:

Autorización No. _____

Cantidad Autorizada: _____

Cobertura de Habitación: _____

Tipo Reembolso: _____

Dx: _____

Por este medio hago constar, que acepto los cargos que el Hospital _____
me hace, por tratamiento a:

() MI PERSONA:

() MI DEPENDIENTE:

Dichos gastos ascienden a la cantidad de Q. _____

Reconozco que es mi responsabilidad pagar estos servicios en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la Póliza colectiva No _____ de la empresa _____ de la cual formo parte con el Certificado No. _____

Asi 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 hospital arriba mencionado los gastos incurridos.

Atentamente,

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CÉDULA No : _____

DIRECCIÓN DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

FECHA: _____

Firma del Asegurado

*** PROGRAMA DE REEMBOLSO DIRECTO ***

TODOS ASEGURADOS DE MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. QUE REQUIERA LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL YA SEA POR EMERGENCIA U HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA, DEBERÁN COMPLETAR ESTA CARTA.

EL ASEGURADO DEBERÁ SOLICITAR AL HOSPITAL EL FOLLETO INFORMATIVO, PARA TENER CONOCIMIENTO DE TODOS LOS REQUISITOS PREVIO A SER ATENDIDO BAJO EL PROGRAMA DE REEMBOLSO DIRECTO.