

**Ver instrucciones en el reverso:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha inicial de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Síntomas: \_\_\_\_\_

¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los tres meses anteriores a la fecha indicada en el inciso anterior? ( ) Si ( ) No

¿Esta enfermedad ha sido diagnosticada anteriormente? ( ) Si ( ) No En caso afirmativo indicar el nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**NOTA: PARA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO EN MEDICAMENTOS A UTILIZAR EN ESTE TRATAMIENTO FAVOR COMPLETAR FORMULARIO DE FARMACIA.**

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son VERIDICAS así mismo autorizo a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. para que solicite al médico tratante cualquier información que necesite, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de diagnóstico, etc., relacionados con este reclamo. Asimismo, me comprometo a reembolsar a MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. el valor de los tratamientos en caso de que los mismos fueran no elegibles entro de los beneficios que provee la póliza contratada, o de constatarse que la misma se encuentra de baja, o de no encontrarme como empleado activo de la empresa contratante.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

Vo. Bo. \_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA**

**SECCION II: A SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO AFILIADO (ONCÓLOGO)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que refiere al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha del primer examen clínico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_\_

Indique los exámenes que fueron necesarios para el Diagnóstico y tratamiento del paciente: (favor adjuntar copia de los mismos) \_\_\_\_\_

Describir el plan de tratamiento a seguir y el monto de honorarios para su aprobación: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN:(uso exclusivo de MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A.)

Número de Autorización: \_\_\_\_\_

Honorarios aprobados: \_\_\_\_\_

Esquema de tratamiento:Solicitado / aprobado: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma y sello: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota: El Asegurado deberá cancelar al Médico el \_\_\_\_\_% del valor total del tratamiento.**

## INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO

- 1 El asegurado deberá completar la Sección I y del Formulario de Autorización para Tratamiento Ambulatorio de Oncología.
- 2 Se deberá solicitar a la empresa contratante firma y sello del Depto. De R.R.H.H.
- 3 El Asegurado deberá solicitar al Médico Afiliado (Oncólogo) que complete la Sección II del formulario donde deberá indicar el tipo de tratamiento a seguir. **(esta sección deberá llevar la firma y sello del Médico).**
- 4 El formulario completado debidamente en las secciones I y II deberá ser enviado vía fax a la Aseguradora (o por intermedio de su corredor de seguros) para su debida aprobación.
- 5 La Aseguradora enviará vía fax la aprobación al Asegurado, así como al Oncólogo en un período de 5 días hábiles (este tiempo podrá reducirse en aquellos casos que el Médico lo considere necesario).
- 6 Al momento de finalizar cada tratamiento el Asegurado deberá cancelar el porcentaje que le corresponda del valor total de los honorarios pactados al Oncólogo (se le extenderá una factura por este concepto).