Seguros MAPFRE | GUATEMALA

CARTA DE RESPONSABILIDAD
CENTRO DE DIAGNÓSTICO AFILIADO

SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y LA EMPRESA)

Yo _____ asegurado bajo la Póliza No. _____

contratada por la Empresa _____

con certificado No. _____, por este medio acepto los cargos que por concepto de exámenes practicados a mi persona y/o dependiente _____

haga el Centro de Diagnóstico _____

_____ reconociendo mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la Póliza contratada. Así mismo, de constatarse que dicha Póliza ya no se encuentra en vigor o de no encontrarme como empleado activo de la empresa, o de no corresponder los exámenes al diagnóstico, me responsabilizo a cubrir al Centro de Diagnóstico arriba mencionado los gastos incurridos.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CÉDULA : _____

EDAD: _____ NO. DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DOMICILIO: _____ FECHA: _____

_____ Firma y Sello de la Empresa

_____ Firma del Asegurado

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO)

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico inicial: _____

Favor de realizar los exámenes anotados en orden adjunta.

_____ Nombre del Médico

Fecha: _____

_____ Firma de Médico

SECCION III (A SER COMPLETADA POR EL CENTRO DE DIAGNOSTICO)

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Referido por Doctor (es): _____

Exámenes Practicados: (indicar el valor aI100%)

_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
_____	Q. _____
SUB TOTAL	Q. _____
IVA	Q. _____
TOTAL	Q. _____

Se adjunta ☐ Factura No. _____ Por Q. _____ correspondiente al % del valor total de la cuenta

☐ Orden del Médico

Fecha _____ Firma y Sello _____