



ASEGURADORA GENERAL, S.A.

10 Calle 3-17, zona 10 PBX. 1757
Guatemala C.A.

REMESA DE DOCUMENTOS

EMPRESA CONTRATANTE:

POLIZA No.

CERTIFICADO No.

CATEGORIA

NOMBRE DEL EMPLEADO:

NOMBRE DEL DEPENDIENTE:

PARENTESCO:

CONCEPTO	GASTOS PRESENTADOS
CUARTO DIARIO Y ALIMENTOS	
GASTOS ESPECIALES DE HOSPITAL	
HONORARIOS MEDICOS POR CIRUGIA	
HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTAS	
HONORARIOS MEDICOS POR ANESTESIA	
GASTOS DE AMBULANCIA	
ENFERMERA ESPECIAL	
GASTOS DE LABORATORIO Y RAYOS X (Fuera de Hospital)	
GASTOS DE MEDICINAS (fuera de Hospital, con respectiva factura y receta)	
GASTOS POR ACCIDENTE	
OTROS	
SUB-TOTAL	
IVA	
TOTALES	

No. DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

FECHA:

DEDUCIBLE SATISFECHO:

SI

NO

FECHA:

RECLAMO No.

IMPORTANTE:

EL TOTAL DE GASTOS DEBERA COINCIDIR CON LA SUMA DE LOS COMPROBANTES RESPECTIVOS, PRESENTANDO ESTOS EN EL MISMO ORDEN DE LOS CONCEPTOS.

FIRMA DEL ASEGURADO