

**SECCIÓN A – PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

Datos del Paciente: Asegurado Titular  Cónyuge  Hijo(a)  Sexo: M  F  Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO  
 Póliza \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_ Reclamo: Inicial  Complemento  P. Convencional  P. Directo   
 Si su reclamo es Complemento, indique: Diagnóstico \_\_\_\_\_ No. Reclamo \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado Titular \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ No. Cédula/DPI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Si el reclamo es de una póliza de Accidentes Personales de Plan Escolar, indicar nombre del Padre o Encargado del Alumno a quién se debe emitir el cheque \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, 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 suministren a la Compañía de Seguros, 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 DIA MES AÑO

**SECCIÓN B – PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE**

Póliza \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_ Reclamo: Inicial  Complemento  P. Convencional  P. Directo   
 Si el reclamo es Complemento, indicar: Diagnóstico \_\_\_\_\_ No. Reclamo \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleado Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia DIA MES AÑO  
 Nombre del Dependiente \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia DIA MES AÑO  
 Es la reclamación a causa de lesión o dolencia adquirida durante el empleo Si  No   
 Nombre de quien autoriza \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA SELLO DE LA EMPRESA CONTRATANTE Fecha DIA MES AÑO

**SECCIÓN C – PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO**

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 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 **Dental**, favor indique si la causa es por: Accidente  Enfermedad  Fecha DIA MES AÑO  
 Si es por **Embarazo**, favor indique: F.U.R. \_\_\_\_\_ F.P.P. \_\_\_\_\_  
 Tratamiento suministrado \_\_\_\_\_  
 Indique fecha en que atendió al paciente \_\_\_\_\_  
 Si realizó cirugía, indique en que hospital y haga descripción de la misma \_\_\_\_\_

Quedará el paciente con algún impedimento o secuela de la incapacidad reportada Si  No   
 Tiempo de incapacidad \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo estima que el paciente quedará curado? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico Tratante u Odontólogo \_\_\_\_\_  
 Especialidad \_\_\_\_\_ Colegiado \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO SELLO DEL MÉDICO TRATANTE U ODONTÓLOGO Fecha DIA MES AÑO

7ª. Avenida 5-10, zona 4 Centro Financiero Torre II, Nivel 16 • Guatemala, C.A. • Código Postal 01004 • Apdo. Postal 2513 • PBX 2420-3333, FAX 2361-1191 • www.elroble.com



**Codo reclamo de consulta y/o procedimiento en clínica | Pago Directo**

**COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE / ASEGURADO / EMPRESA**

Datos del Paciente: Asegurado Titular  Cónyuge  Hijo (a)  Sexo: M  F  Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Completo: \_\_\_\_\_  
 Procedimiento Efectuado: \_\_\_\_\_  
 Fechas de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Médico Tratante Sello del Médico Tratante Firma del Asegurado Firma/Sello de la Empresa

