

Proveedor: _____ Enviado por: _____

No. de Póliza: _____ Unidad: _____ Otro Seguro: _____

Nombre asegurado titular: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de cédula: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de cédula: _____

Información sobre el Beneficiario

1. Indique cuadro clínico y fecha de evolución por el cual se solicita la preautorización o beneficio de hospital

2. Mencione diagnósticos que presenta el paciente y la fecha de inicio

Diagnóstico	Fecha

3. Favor indicar tipo de procedimiento quirúrgico programado, código quirúrgico y honorarios

Procedimiento	Honorarios

4. Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital, y tiempo estimado de hospitalización.

5. El procedimiento requerirá asistente quirúrgico? Si No

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Embarazo N°: _____ Fecha de última menstruación: _____ Fecha de primera consulta: _____

Embarazo de alto riesgo Si No Número de Productos: _____

Tipo de Parto: Normal Cesárea

Motivo por el cuál solicita cesárea: _____

Firma y sello del Médico: _____ Fecha de solicitud: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Esta aprobación tiene validez por 30 (treinta) días a partir de la fecha en base a la vigencia de la póliza.

Esta autorización se concede con base a los Diagnósticos comunicados a Assa Compañía de Seguros, S.A. por el Hospital, el cual deberá incluir fecha de iniciación de la enfermedad o dolencia, para determinar preexistencias no cubiertas. La garantía de los beneficios del Asegurado conforme a la Póliza dependerán de que la Compañía sea informada inmediatamente de todo cambio que se registre en los diagnósticos. Certifico que la información antes mencionada es correcta. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a Assa Compañía de Seguros, S.A.

Fecha: _____

Firma del asegurado o Representante Legal

Todas las autorizaciones médicas deberán ser remitidas a la dirección de correo electrónico precertificacionescr@assanet.com. Para consultas sobre como completar este formulario favor contactarnos al: 2503-2727