FORMULARIO ÚNICO DE PRE-AUTORIZACIÓN

ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

ASESUISA Una empresa sura

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: | Correo electrónico:

Tipo de póliza:

☐ Salud Colectivo ☐ Salud Individual ☐ Accidentes Personales

Nombre del contratante (solo si es diferente al asegurado principal):

Nombre del asegurado principal:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ (Día / Mes / Año) | Parentesco: | Sexo: ☐ F ☐ M

Dirección actual:

Diagnóstico principal:

Diagnóstico secundario:

Fecha de la 1° consulta relacionada con diagnóstico anterior: __ / __ / ____ (Día / Mes / Año) | Fecha tentativa de inicio de enfermedad: __ / __ / ____ (Día / Mes / Año)

Estudios especiales: ☐ Sí ☐ No | Procedimiento quirúrgico: ☐ Hospitalario ☐ Ambulatorio

Nombre de procedimiento:

Nombre del centro hospitalario o centro de imágenes / estudios diagnósticos:

Completa los siguientes valores con IVA incluido:

Honorarios quirúrgicos	$	Anestesia	$	Ayudantía	$
Biopsia	$	Estudio de imagen o diagnóstico	$	Otros	$

Resumen médico:

Fecha (Día / Mes / Año) | Firma del asegurado | Firma y sello del

Nota:

Debes presentar este formulario debidamente completado con tres días de anticipación y anexar la siguiente documentación:

- Informe médico completo detallando: tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgos según examen físico realizado por médico tratante, sintomatología de la enfermedad y tratamientos indicados.
- Lectura de resultados de estudios previos.

Al tener todos los documentos mencionados anteriormente, favor enviarlos al correo electrónico: preautorizacionespersonas@asesuisa.com