



SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS  
PARA AUTORIZACION  
EMERGENCIA AMBULATORIA

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	POLIZA No.:	CERTIFICADO No.:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:		
NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	RELACION: Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>

II. DATOS GENERALES DE LA ATENCION MEDICA (Sección a ser completada por el Hospital)

FECHA DE INGRESO:	HORA DE INGRESO:
LA EMERGENCIA SE DEBE A: ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> OTRO (indique): _____	
DIAGNOSTICO DE INGRESO:	
¿LA DOLENCIA ES CAUSADA POR ACCIDENTE?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, FAVOR INDICAR LO SIGUIENTE: FECHA DE OCURRENCIA: ____ / ____ / ____ LUGAR: _____ CIRCUNSTANCIAS:	
¿LA DOLENCIA ES CAUSADA POR ENFERMEDAD?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, FAVOR INDICAR LO SIGUIENTE: FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____ / ____ / ____ TIPO DE ENFERMEDAD: _____	
NOMBRE DE MEDICO QUE ATIENDE AL ASEGURADO:	
FECHA DE SOLICITUD:	OBSERVACIONES:
F. _____ FIRMA DEL ASEGURADO	F. _____ FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL

III. PARA USO EXCLUSIVO DE: SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS

SE AUTORIZA AL HOSPITAL:	
PARA QUE PRESTE SERVICIOS HOSPITALARIOS A:	
DEDUCIBLE: \$	OBSERVACIONES:
CO-ASEGURO:	
IMPORTANTE: EL CREDITO NO INCLUYE MEDICAMENTOS PARA LLEVAR. NO CUBIERTO GASTOS EXTRAS COMO EXCESO EN HONORARIOS, SEGUN ARANCELES, ETC.	
FECHA DE AUTORIZACION:	F. _____ SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS SELLO