

**SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA PRE-AUTORIZACION
EXAMENES ESPECIALES**

ESTIMADO ASEGURADO: PARA EXAMENES PROGRAMADOS, DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO POR EL MEDICO ESPECIALISTA QUE SOLICITA EL EXAMEN CON 2 DIAS DE ANTICIPACION. EN CASO DE EMERGENCIAS, FAVOR PRESENTARLO POSTERIOR A LAS 24 HORAS DE EFECTUAR EL EXAMEN. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	No. DE POLIZA:	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 MÉDICA

EXAMEN ESPECIAL DE DIAGNOSTICO SOLICITADO (adjuntar informes de estudios previos):	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO:	
SEGÚN SU OPINION, ¿CUANDO SE INICIO LA ENFERMEDAD?:	
MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA EL EXAMEN:	
¿EN QUE LUGAR SE REALIZARA EL EXAMEN?:	TIPO DE PROCEDIMIENTO: AMBULATORIO: <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO: <input type="checkbox"/>

III. DATOS DEL PRESUPUESTO

COSTO DEL EXAMEN:	\$	(IVA INCLUIDO)	FECHA EN QUE SE REALIZARA EL EXAMEN:	
OBSERVACIONES:				
NOMBRE DEL MEDICO.	F.	MEDICO TRATANTE.	(SELLO Y No. JVPM)	TEL. No.: FAX No.: FECHA:

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

PREAUTORIZACION No.	FECHA DE AUTORIZACION:		
COSTO AUTORIZADO PARA EL EXAMEN: (IVA INCLUIDO)	\$	DEDUCIBLE: \$	CO-ASEGURO:
OBSERVACIONES:			
F. _____ FIRMA Y SELLO DIRECTOR MEDICO – SEGUROS AZUL	F. _____ DEPARTAMENTO DE RECLAMOS - SEGUROS AZUL		