



SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN

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:	FECHA ESTIMADA DE ALTA:		
LA HOSPITALIZACION SE DEBE A:			
ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	CIRUGIA NO PREAUTORIZADA <input type="checkbox"/>	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/>
ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	CIRUGIA PREAUTORIZADA <input type="checkbox"/>	CIRUGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
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:	
MAXIMO DIARIO DE CyA: \$	
IMPORTANTE: EL CREDITO NO INCLUYE MEDICAMENTOS PARA LLEVAR. NO CUBIERTO GASTOS EXTRAS COMO CAMA ACOMPAÑANTE, ALIMENTACION EXTRA, LLAMADAS TELEFONICAS, EXCESO EN HONORARIOS SEGUN ARANCELES, ETC.	
FECHA DE AUTORIZACION:	F. _____ SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS SELLO