

ASEGURADORA AGRICOLA COMERCIAL, S.A.

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA

PARA CIRUGIAS PROGRAMADAS DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DIAS DE ANTICIPACION; EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO.
AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPANIA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

Contratante: _____ Póliza No. _____ Certificado No: _____

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del dependiente (si aplica) _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: F M

Nombre del médico tratante Dr.(a): _____

Hospital donde se internará: _____ Días de Hospitalización: _____

Fecha de internamiento: ____ / ____ / ____

Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Procedimiento Quirúrgico a realizar: _____

_____ Hospitalario Ambulatorio

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: _____

Resumen historial clínico: _____

En su opinión, si es enfermedad, cuándo se iniciaron los primeros síntomas: _____

Firma y Sello del Médico Tratante No. JVPM _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA

Aprobado

No aprobado

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US\$ _____ (IVA incluido)

Honorarios Patología: US\$ _____ (IVA incluido) Otros: _____

Observaciones _____

Dr.(a) _____

Director Médico

Fecha de resolución