



Compañía de Seguros, S.A.

Cédula Jurídica 3-101-593961
Teléfono: (506) 2503-2727

Solicitud de Pre- Autorización de Beneficios

Departamento de Reclamos Personales

Proveedor: _____ Enviado por: _____

No. de Póliza: _____ Unidad: _____ Otro Seguro: _____

Nombre asegurado titular: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de cédula: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de cédula: _____

Información sobre el Beneficiario

1. Indique cuadro clínico y fecha de evolución por el cual se solicita la preautorización o beneficio de hospital

2. Mencione diagnósticos que presenta el paciente y la fecha de inicio

| Diagnóstico | Fecha |
|-------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

3. Favor indicar tipo de procedimiento quirúrgico programado, código quirúrgico y honorarios

| Procedimiento | Honorarios |
|---------------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

4. Favor indicar fecha programada para la hospitalización, hospital, y tiempo estimado de hospitalización.

5. El procedimiento requerirá asistente quirúrgico? Si No

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Embarazo N°: _____ Fecha de última menstruación: _____ Fecha de primera consulta: _____

Embarazo de alto riesgo Si No Número de Productos: _____

Tipo de Parto: Normal Cesárea

Motivo por el cuál solicita cesárea: _____

Firma y sello del Médico: _____ Fecha de solicitud: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Esta aprobación tiene validez por 30 (treinta) días a partir de la fecha en base a la vigencia de la póliza.

Esta autorización se concede con base a los Diagnósticos comunicados a Assa Compañía de Seguros, S.A. por el Hospital, el cual deberá incluir fecha de iniciación de la enfermedad o dolencia, para determinar preexistencias no cubiertas. La garantía de los beneficios del Asegurado conforme a la Póliza dependerán de que la Compañía sea informada inmediatamente de todo cambio que se registre en los diagnósticos. Certifico que la información antes mencionada es correcta. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a Assa Compañía de Seguros, S.A.

Fecha: _____

Firma del asegurado o Representante Legal

Todas las autorizaciones médicas deberán ser remitidas a la dirección de correo electrónico precertificacionescr@assanet.com. Para consultas sobre como completar este formulario favor contactarnos al: 2503-2727

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P20-64-A05-508 y P20-64-A05-509 de fecha 28 de Febrero de 2014.

68A00001