Formulario de Pre-Autorización
Gastos Médicos

Internacional de Seguros

Empresa/Tomador con quien tiene la Póliza: _____

Nombre Asegurado Titular de la Póliza: _____

Correo Electrónico: _____ **N° Teléfono:** _____

Nombre Asegurado que recibe el servicio: _____ **N° Identificación:** _____ **Edad:** ____

Nombre del Médico Tratante: _____ **N° Teléfono:** _____

Información de Padecimiento

Tipo de padecimiento: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Fecha de Inicio de síntomas: _____

Servicio Solicitado: Medicamentos ☐ Laboratorios ☐ Imágenes ☐ Procedimiento/Cirugía ☐ Otro _____

Diagnóstico/Impresión Diagnóstica/Síntomas (Detalle):

Indicar si se ha recibido tratamiento anteriormente por este padecimiento (Detalle):

En caso de Procedimiento Quirúrgico

Clínica/Hospital Propuesto: _____

Fecha Propuesta: _____ Ambulatorio ☐ Hospitalización ☐ **Estimado de días:** _____

Procedimiento Propuesto	**Código CPT**

Honorarios

Cirujano: _____

Anestesia: _____

Asistente: _____

Firma y Código Médico: _____ **Sello:** _____ **Fecha:** _____

Asegurado: Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que me trataron por la enfermedad escrita en este formulario, para que suministren a Internacional de Seguros, cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.

Fecha: _____ **Firma Asegurado:** _____

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 N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A07-399, de fecha 17 de enero de 2013.