



Proveedor Hospitalario	Enviado por:	
Asegurado:	No. de Póliza:	Unidad:
Fecha de nacimiento:	No. de cédula:	
Otro Seguro:		

INFORMACION SOBRE EL BENEFICIO

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

ICD	Diagnóstico	Fecha

3. Favor indicar fecha programada para la hospitalización o procedimiento y tiempo estimado de hospitalización

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

CPT	Procedimiento	Honorarios

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 _____

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

Para uso de Assa Compañía de Seguros, S.A.

Honorario Médico	B/.
Honorarios Anestesia	B/.
Misceláneos de hospital	
Deducible por cubrir	
Copago	
Coaseguro	
Días aprobados	
Observaciones:	

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