

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

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre de la empresa:	Póliza No.:	Certificado No.:
Nombres y apellidos del asegurado:		
Nombre del paciente:	Edad:	Relación: Titular: <input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Hijo: <input type="checkbox"/>

2. DATOS GENERALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA (SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL)

Fecha de ingreso:	Fecha estimada de alta:		
La hospitalización se debe a:			
Enfermedad <input type="checkbox"/>	Maternidad <input type="checkbox"/>	Cirugía no preautorizada <input type="checkbox"/>	Unidad de cuidados intensivos <input type="checkbox"/>
Accidente <input type="checkbox"/>	Cirugía preautorizada <input type="checkbox"/>	Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/>	Otra: _____
Diagnóstico de ingreso:			
¿La dolencia es causada por accidente?: Sí <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?: Sí <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 médico que atiende al asegurado:			
Fecha de solicitud:	Observaciones:		
F. _____ Firma del asegurado	F. _____ Firma y sello del hospital		

3. 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: \$	
Máximo diario de cuarto y alimentación: \$	
Importante: el crédito no incluye medicamentos para llevar. No cubierto gastos extras como cama acompañante, alimentación extra, llamadas telefónicas, exceso en honorarios según aranceles, etc.	
Fecha de autorización:	F. _____ Seguros Azul vida, S.A. Seguros de Personas Sello