

SOLICITUD A **SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS** PARA **PRE-AUTORIZACIÓN EXÁMENES ESPECIALES**

Estimado asegurado para exámenes programados, deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico especialista que solicita el examen con 2 días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas de efectuar el examen adjuntando el resultado. Al no cumplir con estos requisitos, la compañía se reserva el derecho de cobertura.

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del contratante:	Póliza No.:	Certificado No.:
Nombres y apellidos del asegurado titular:		
Nombre del asegurado afectado:	Edad:	Relación: Titular: <input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Hijo: <input type="checkbox"/>

2. INFORMACIÓN GENERAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del examen especial de diagnóstico solicitado (adjuntar informes de estudios previos):
Diagnóstico principal:
Diagnóstico secundario:
Según su opinión, ¿cuándo se inicio la enfermedad?:
Motivo por el cual se solicita el examen:
¿En que lugar se realizará el examen?:

3. DATOS DEL PRESUPUESTO

Costo del examen:	\$	(iva incluido)	Fecha en que se realizará el examen:
Observaciones:			
Nombre del médico.	Firma médico tratante.	(sello y no. JVPM)	Teléfono:
			E-mail:
			Fecha:

4. PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

Nombre del proveedor:			
Costo autorizado para el examen:	\$	Deducible: \$	Co-aseguro:
Observaciones:			
<p>F. _____</p> <p>Seguros Azul Vida, S.A., Seguros de Personas</p>			