



SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN

HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS ELECTIVAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

Nombre del Producto: _____

PÓLIZA N°: _____ **VIGENCIA:**
DESDE: _____ HASTA: _____
Día/Mes/Año Día/Mes/Año

Nombre del Asegurado Directo:

N° Cédula:

Nombre del Paciente:

N° Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo
Masculino Femenino Relación con el Asegurado
Cónyuge Hijo (a)

Coaseguro: _____

AUTORIZACIÓN PARA:

a. Hospitalización: _____ Fecha de Admisión: _____

b. Procedimiento: _____ Código: _____
Código: _____
Código: _____

Fecha de Procedimiento: _____ Estadía Promedio: _____

Servicio de Anestesia: SI NO

Nombre del Hospital: _____ Número de Proveedor: _____

c. Estudio especializado: _____ Código: _____

Evolución de la Enfermedad: _____ Años _____ Meses _____ Días

HISTORIAL CLÍNICO:



DIAGNÓSTICO:

Fecha: _____

COMENTARIOS:

NOTA AL MÉDICO:

1. Asegúrese de someter este informe directamente al Instituto Nacional de Seguros con por lo menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de cirugía sugerida por Usted.
2. Para casos de emergencia favor comunicarse a las oficinas del Instituto Nacional de Seguros y enviar esta solicitud al fax server número 2243-9918, con 48 horas de haber admitido al paciente.
3. Espere la autorización escrita del Instituto Nacional de Seguros antes de que el paciente se refiera al hospital.

IMPORTANTE:

El Instituto Nacional de Seguros podrá obtener copia y/o la evaluación del registro médico en caso de ser necesario. Esta pre-autorización está sujeta a las Cláusulas Términos y Definiciones, inciso 36. Pre-existencia, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de la póliza.

Este procedimiento se sustenta en la Cláusula Términos y Definiciones; según las nuevas condiciones generales de la póliza.

Este documento solo constituye una solicitud de pre-autorización, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros.

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 registro número **P16-35-A01-072 (INS Medical Internacional)** de fecha **05 de enero del 2010**, **P16-35-A01-092 (INS Medical Internacional Grandes Deducibles)** de fecha **05 de enero del 2010** y **P16-35-A01-113 d(INS Medical Regional)** de fecha **27 de enero del 2010**.

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

N° Colegiado: _____

Código de identificación proveedor: _____



Fecha: _____

Fecha: _____

Firma y N° Identificación del Paciente

Autorizado
Firma y N° Identificación