Formulario Único de Pre-autorización
ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

Asesuisa

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Correo electrónico:
Tipo de póliza:	
Nombre del contratante (solo si es diferente al asegurado principal)	
Atención médica:	
Nombre del asegurado principal:	
Nombre del paciente:	

Fecha de nacimiento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)	Parentesco:	Sexo:
Dirección actual:		
Diagnóstico principal:		
Diagnóstico secundario:		

Fecha de la 1° consulta relacionada con diagnóstico anterior: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)	Fecha tentativa de inicio de enfermedad: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)
Estudios especiales:	Procedimiento quirúrgico:
Nombre de procedimiento:	
Nombre del centro hospitalario o centro de imágenes / estudios diagnósticos:	

Completa los siguientes valores con IVA incluido:

Honorarios quirúrgicos	$	Anestesia	$	Ayudantía	$
Biopsia	$	Estudio de imagen o diagnóstico	$	Otros	$

Resumen médico:

Fecha (Día/Mes/Año)	Nombre del asegurado	Firma y sello del médico

Nota:

Debes presentar este formulario debidamente completado con tres días de anticipación y anexar la siguiente documentación:

- Informe médico completo detallando: tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgos según examen físico realizado por médico tratante, sintomatología de la enfermedad y tratamientos indicados.
- Lectura de resultados de estudios previos.

Al tener todos los documentos mencionados anteriormente, favor enviarlos al correo electrónico: preautorizacionespersonas@asesuisa.com