SISAVIDA S.A.
SEGUROS DE PERSONAS

SALUD

PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

Contratante : _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

1) DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO:
Nombre del asegurado: _____
Nombre del dependiente (si aplica): _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F ☐ M ☐
Nombre del médico tratante Dr.(a): _____
Hospital donde se internará: _____ Días de hospitalización: _____
Fecha de internamiento: ____/____/____
Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____
Diagnóstico principal: _____
Diagnóstico secundario: _____
Procedimiento quirúrgico (ambulatorio ☐ hospitalario ☐) _____
_____
Honorarios quirúrgicos: US$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US$_____ (IVA incluido)
Biopsia: US$ _____ (IVA incluido) Otros: _____
Resumen historial clínico (favor anexar resultados de exámenes) _____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma y sello del médico tratante Lugar y fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado ☐ No aprobado ☐
Honorarios quirúrgicos: US$ _____ (IVA incluido) Anestesia: US$_____ (IVA incluido)
Biopsia: US$ _____ (IVA incluido) Otros: _____
Observaciones _____
_____

Dr.(a)_____ ____/____/____
Director Médico Fecha de resolución

PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEBERÁ PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DÍAS DE ANTICIPACIÓN; EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

Edificio SISA, Km 10 1/2,
Carretera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.
SISAphone: 2241-0000