

# PÓLIZA COLECTIVA DE SALUD

COLONES  DÓLARES

## SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO

- CIRUGÍA   
  INTERCONSULTA HOSPITALARIA   
  TRATAMIENTOS   
  PROCEDIMIENTO   
  BENEFICIOS  
 EXTENSIÓN HOSPITALARIA   
  PRE-CENTIFICACIÓN   
  EXÁMENES ESPECIALES   
  OTROS

### CONFIRMACIÓN SERA DEVUELTA EN UN PERÍODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE.

Nombre del Asegurado:		Nº de Cédula:	
Lugar de Trabajo:		Nº de Póliza:	Nº de Certificado:
Teléfonos:	Oficina: <input type="text"/>	Residencia:	<input type="text"/>
Nombre del Paciente:		Nº de Cédula:	
Parentesco:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
		Edad:	
Autorizo a cualquier médico, enfermera, proveedores, intermediarios de seguros y otras Compañías de Seguros que posean información con cerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. Igualmente, autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. y a cualquier persona que tenga la calidad de corredor de seguro o tenedor de póliza, para el manejo de la información que reposa en el presente formulario.			
FIRMA DEL PACIENTE/ASEGURADO:		FECHA:	

## SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO Y/O HOSPITAL

FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE.

Diagnóstico de Padecimiento Actual:		<input type="text"/>	Código de Diagnóstico ICD-9	Fecha de Primeros Síntomas:
Breve Historia de Condición del Paciente:		Resultados de Laboratorios y Otros Exámenes Efectuados: <i>(Adjuntar con Solicitud).</i>		
		Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CTP / Nombre		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>		
HONORARIOS MEDICOS:	Ambulatorio: <input type="checkbox"/>	Nombre del Hospital o Clínica:		
<input type="text"/>	Hospitalización: <input type="checkbox"/>			
	Electiva: <input type="checkbox"/>			
	SI <input type="checkbox"/>	Días de Reclusión Requeridos:	Fecha Sugerida de Ingreso:	
	NO <input type="checkbox"/>		Día _____ Mes _____ Año _____	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE:		FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL:		
Fecha: _____		Fecha: _____		

En caso de dudas para completar este formulario, por favor contactarnos • Teléfono: 2505-3600 • Fax: 2201-6035 • Correo Electrónico: autorizacionescr@palig.com

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 (los) registro (s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012, y los registros número P-16635-A06-212 de fecha de 9 de diciembre de 2010