



**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