

Proveedor Hospitalario		Enviado por:	
Asegurado:	No. de Póliza:	Unidad:	
Fecha de nacimiento:	No. de cédula:		
Otro Seguro:			

INFORMACION SOBRE EL BENEFICIO

1. Indique cuadro clínico y fecha de evolución por el cual se solicita la preautorización o beneficio de hospital

2. Mencione diagnósticos que presenta el paciente y la fecha de inicio

ICD	Diagnóstico	Fecha

3. Favor indicar fecha programada para la hospitalización o procedimiento y tiempo estimado de hospitalización

--	--	--

4. Favor indicar tipo de procedimiento quirúrgico programado, código CPT y honorarios

CPT	Procedimiento	Honorarios

5. El procedimiento requerirá asistente quirúrgico? Si ☐ No ☐

Favor completar en caso de solicitar pre-autorización por embarazo a término:

Embarazo N°:	Fecha de última menstruación:	Fecha de primera consulta:
--------------	-------------------------------	----------------------------

Embarazo de alto riesgo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de Productos
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------

Firma y sello del Médico: _____ Fecha de solicitud: _____

Para uso de Assa Compañía de Seguros, S.A.

Honorario Médico	B/.
Honorarios Anestesia	B/.
Misceláneos de hospital	
Deducible por cubrir	
Copago	
Coaseguro	
Días aprobados	
Observaciones:	

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Esta aprobación tiene validez por 30 (treinta) días a partir de la fecha en base a la vigencia de la póliza.

Esta autorización se concede con base a los **Diagnósticos** comunicados a Assa Compañía de Seguros, S.A. por el Hospital, el cual deberá incluir **fecha de iniciación de la enfermedad** o dolencia, para determinar preexistencias no cubiertas. La garantía de los beneficios del Asegurado conforme a la Póliza dependerán de que la Compañía sea informada inmediatamente de todo cambio que se registre en los diagnósticos.

“Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y/o otras Compañías de Seguro a revelar a ASSA Compañía de Seguros, S.A. información y documentación del expediente clínico y/o cuadrícula médica mía y/o de mis dependientes.”

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Firma del asegurado o Representante Legal

Fecha: _____