



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN**  
HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS ELECTIVAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

**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:**




**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

**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 la Cláusula Definiciones, punto 17. Enfermedad Pre-existente de la póliza.

Este procedimiento se sustenta en la Cláusula Pre-Autorización Médica.

**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-A01-143 de fecha 23 de febrero 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

Los Seguros del INS tienen la garantía del Estado