

CHECK LIST – Pre-autorización de procedimientos médicos

Requisitos

- Formulario de Pre-Certificación debidamente completado por su médico tratante conteniendo sello y firma. Original
- El formulario debe contener en caso de **cirugías** costo en concepto de honorarios médicos.
- Resumen médico de la enfermedad o padecimiento firmado y sellado por su médico tratante.

Información de Asegurado Titular

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono:

Número de cuenta: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Entregado por, Cliente Intermediario

Firma:

Observaciones:

Nota: Se requiere de los requisitos generales antes mencionados para dar inicio al análisis de su preautorización. El ajustador médico solicitará información adicional en caso de existir inconsistencias o contradicciones en la información proporcionada. El tiempo máximo de respuesta para su preautorización es de 72 horas hábiles laborales. El Check list original deberá entregarse como soporte para expediente de reclamo, la copia debe ser entregada al asegurado y/o corredor para su debido control y resguardo.

AUTORIZACIÓN DE PAGOS VÍA TRANSFERENCIA

Autorizo a Seguros América a realizar desembolsos por reclamos vía transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria abajo descrita, en lugar de emitir cheque.

Banco: Bac Credomatic Avanz Banpro Ficohsa BDF LAFISE Bancentro

Número de Cuenta: _____ Moneda: dólares córdobas

Firma del asegurado: _____

Cedula del asegurado: _____