

I. DATOS GENERALES

Hospital:

Médico:

Fecha de Envío:

/ /

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado:

N° de Póliza:

N° de Certificado

Cédula

Fecha de Nacimiento:

/ /

N° Póliza de otra Compañía de Seguros:

Nombre de la Compañía de Seguros:

III. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

Diagnóstico:

Procedimientos:

Observaciones:

Fecha Tentativa de Ingreso:

/ /

Fecha Tentativa de Egreso:

/ /

IV. BENEFICIOS OTORGADOS POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Concepto	Coaseguro	Copago	Deducible	Coberturas
Cuarto y Alimentación				
Servicios y Misceláneos				
Honorarios Médicos				
Honorarios Anestesia				

V. OBSERVACIONES

Esta aprobación es basada en la información inicial proporcionada por el hospital o médico tratante. De existir algún cambio el mismo deberá ser notificado de inmediato a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. De no realizarse la modificación en el servicio proporcionado al Asegurado el reclamo será evaluado de acuerdo al beneficio inicial.

**Admisión
Hospital/Médico**

**Supervisor de Personas
La Floresta de Seguros y Vida**
Fecha: XX/XX/2010