



ASEGURADORA GENERAL, S.A.
SOLICITUD PARA HOSPITALIZACION
Fax – 2331 1880 / 2334 7825
PBX 1757

Datos del Asegurado:

Nombre del Asegurado: _____

Si procede:

Nombre del Dependiente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número De Póliza: _____ Certificado: _____

Empresa Contratante: _____

Informe de Médico tratante:

Fecha de primera consulta: _____ Síntomas: _____

Diagnóstico:

Según opinión médica cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: _____

La hospitalización se debe a:

Enfermedad _____ Accidente _____ Maternidad _____ Cirugía _____

Especifique: _____

Descripción del procedimiento:

Adjuntar el informe de los exámenes para diagnósticos efectuados

Costo de Honorarios: _____

Código de Cirugía: _____

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Hospitalización: del: _____ al: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Teléfono para notificaciones: _____ Fax: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Observaciones:
