

REQUISITOS PARA TRAMITAR UNA PRE-CERTIFICACIÓN

1. Nombre del Asegurado:

2. Póliza:

3. País – Ciudad de atención:

4. Fecha de atención:

5. Hospital o Clínica:

6. Teléfono del hospital y persona de contacto:

7. Médico tratante:

8. Tipo de atención: (ambulatorio/hospitalario/ cirugía ambulatoria)

9. Teléfono de contacto del asegurado en el país de atención / Correo electrónico

10. Fecha de salida del Perú:

11. Fecha de retorno al Perú:

12. Diagnóstico (adjuntar informe médico)

Actualmente reside en el Perú: SI NO

Declaro que la información brindada en el presente formulario es verídica.

Firma del Asegurado o Titular