

REQUISITOS PARA TRAMITAR UNA PRE-CERTIFICACIÓN

1. Nombre del Asegurado:	<input type="text"/>
2. Póliza:	<input type="text"/>
3. País – Ciudad de atención:	<input type="text"/>
4. Fecha de atención:	<input type="text"/>
5. Hospital o Clínica:	<input type="text"/>
6. Teléfono del hospital y persona de contacto:	<input type="text"/>
7. Médico tratante:	<input type="text"/>
8. Tipo de atención: (ambulatorio/hospitalario/ cirugía ambulatoria)	<input type="text"/>
9. Teléfono de contacto del asegurado en el país de atención / Correo electrónico:	<input type="text"/>
10. Fecha de salida del Perú:	<input type="text"/>
11. Fecha de retorno al Perú:	<input type="text"/>
12. Diagnóstico (adjuntar informe médico):	<input type="text"/>

Actualmente reside en el Perú: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--

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

Firma del Asegurado o Titular