

Formulario de Pre-Certificación

- 1 Nombre del Asegurado que solicita pre-certificación: _____
- 2 Documento de identidad: _____
- 3 Producto: Medicvida Internacional Medicvida Nacional
Oncológico Internacional Otro: _____
- 4 Número de póliza: _____
- 5 Teléfono de contacto del Asegurado en el país de atención: _____
- 6 Correo electrónico: _____
- 7 País o ciudad de atención: _____
- 8 Hospital o Clínica: _____
- 9 Fecha de atención: _____
- 10 Teléfono del hospital y persona de contacto: _____
- 11 Médico tratante: _____
- 12 Tipo de atención: Ambulatoria Hospitalaria Cirugía ambulatoria
Otro: _____
- 13 Fecha de salida del Perú: _____
- 14 Fecha de retorno al Perú: _____
- 15 Diagnóstico (adjuntar informe médico): _____
- 16 Tratamiento a realizarse (adjuntar itinerario de servicios en caso de tenerlo):

- 17 ¿Actualmente, reside en Perú? Sí No

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

Firma del Asegurado o Titular