



Diagnóstico Tipo de servicio Ambulatorio Hospitalización

Autorización No. Autorizado por Fecha

Datos del Asegurado

No. Póliza ID No. Cédula/Pasaporte

Nombre (s)

Apellido (s)

Tel. Residencia Tel. Celular

Sexo F M Edad Titular Dependiente

Datos del Proveedor

Nombre (s)

Apellido (s)

Código Especialidad

Centro Teléfono

Servicios Reclamados

Código CPT	Procedimiento	Monto Reclamado	Monto Autorizado	Deducible
Total Monto Reclamado				
Total Monto Autorizado				

En caso de hospitalización

Fecha Ingreso Fecha Egreso

Observaciones



Declaración

CERTIFICO Y DOY FE que los datos suministrados y contenidos en el presente formulario son verdaderos, correctos y actualizados. Declaro bajo la fe del juramento que no he omitido ninguna información requerida en este formulario, explícita o implícitamente, y que en caso de declaración o representación falsa, fraude u omisión, WORLDWIDE se reserva el derecho de declinar la cobertura reclamada, sin menoscabo de cualesquiera otros remedios aplicables de acuerdo a los términos y condiciones del plan contratado por el Asegurado.

Con la firma del presente documento, nos comprometemos a la entrega de toda información, documentación y registros, incluyendo pero no limitado a notas médicas relacionadas a consejos, cuidados, tratamientos proporcionados, copia fotostática de expedientes completos, relacionados en cualquier forma con el reclamo presentado.

Firma o Sello del Proveedor

Firma Asegurado (a)