

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE VACUNAS - CONTROL NIÑO SANO

Importante: Este formulario debe ser debidamente completado sin tachones o enmiendas y con letra de molde.- Tomar nota que esta solicitud el asegurado debe enviarla a Pan-American Life de Guatemala, con 5 días de anticipación a la fecha de la colocación de la vacuna. Aplica para pólizas que tengan la cobertura de Niño Sano.

SECCIÓN I - A LLENAR POR	R EL ASEGURADO			
Nombre de la Póliza:			Fax o e-mail para enviar autorización:	
Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:		Reconozco mi responsab que los mismos no fuer de la póliza contratada.	oilidad en pagar estos servicios, en caso can elegibles dentro de los beneficios
Nombre del Asegurado:				
	1	1	Fecha: Fin	ma del Asegurado:
Nombre del Paciente:	Fecha	de nacimiento:	550	
SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO Instrucciones: Marcar la vacuna requerida. En caso de que el paciente necesite alguna que no a en esta lista, el asegurado deberá pagar dicha vacuna y presentar este formulario acompañado factura donde se evaluará y se procederá a realizar el reembolso según las coberturas de su				
	en esta lista, el asec	jurado deberá pa	agar dicha vacuna v prese	ntar este formulario acompañado de la
Número de vacunas solicitadas:	en esta lista, el asec	jurado deberá pa aluará y se proc	agar dicha vacuna v prese	ntar este formulario acompañado de la
	en esta lista, el asec factura donde se evi	jurado deberá pa aluará y se proc	agar dicha vacuna y prese ederá a realizar el reembo	ntar este formulario acompañado de la
Número de vacunas solicitadas: VACUNAS Tuberculosis (BGC)	en esta lista, el aseg factura donde se evi	gurado deberá pa aluará y se proc Nombre del M	agar dicha vacuna y prese ederá a realizar el reembo édico solicitante:	ntar este formulario acompañado de la
Número de vacunas solicitadas: VACUNAS Tuberculosis (BGC) Hexavalente	en esta lista, el aseg factura donde se evi	jurado deberá pa aluará y se proc	agar dicha vacuna y prese ederá a realizar el reembo édico solicitante:	ntar este formulario acompañado de la olso según las coberturas de su póliza.
Número de vacunas solicitadas: VACUNAS Tuberculosis (BGC) Hexavalente Neumococo	en esta lista, el aseg factura donde se evi	gurado deberá pa aluará y se proc Nombre del M Nº Colegiado:	agar dicha vacuna ý prese ederá a realizar el reembo édico solicitante: Teléfono:	ntar este formulario acompañado de la olso según las coberturas de su póliza.
Número de vacunas solicitadas: VACUNAS Tuberculosis (BGC) Hexavalente Neumococo Rotavirus	en esta lista, el aseg factura donde se evidante la lista donde se evidactura donde se	gurado deberá pa aluará y se proc Nombre del M	agar dicha vacuna ý prese ederá a realizar el reembo édico solicitante: Teléfono:	ntar este formulario acompañado de la olso según las coberturas de su póliza.
Número de vacunas solicitadas: VACUNAS Tuberculosis (BGC) Hexavalente Neumococo	en esta lista, el aseg factura donde se evi	gurado deberá pa aluará y se proc Nombre del M Nº Colegiado:	agar dicha vacuna ý prese ederá a realizar el reembo édico solicitante: Teléfono:	ntar este formulario acompañado de la olso según las coberturas de su póliza.

PAN-AMERICAN LIFE DE GUATEMALA «Avenida La Reforma 9-00 Zona 9, Edificio Plaza Panamericana, 10°. Nivel, Ciudad Guatemala, Guatemala PBX. (+502) 2338-9800 • Fax. 2338-9897 • Autorizaciones Ext.: 1001 • autorizacionesmedicas.gt@palig.com • www.palig.com • www.mypalic.com