

SOLICITUD PREAUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN

Esta autorización debe ser presentada con 5 días de anticipación a la cirugía programada y su hospitalización

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recepción: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Datos Generales del Asegurado (Sección para ser llenada por el Asegurado)

Empresa: _____ No.de Póliza: _____ Edad del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____ Relación: Titular Cónyuge Hijo
Nombre del Titular: _____ No. de Certificado: _____
Año en que se atendió por primera vez la enfermedad: _____ Fecha en que se atendió por última vez la enfermedad: _____
DIA MES AÑO
¿Cuenta con otro seguro médico? SI NO Tipo y/o Cobertura/Monto: _____ Compañía: _____

Datos Generales de la Atención Médica (Sección para ser llenada por el Médico Tratante)

La hospitalización se debe a:
Enfermedad Maternidad Cirugía con Hospitalización
Accidente Emergencia Cirugía Ambulatoria (Hospital del Día) Otros _____

Diagnóstico Principal (CIE 10)

Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico Procedimiento quirúrgico
Detalle del procedimiento a realizar: _____
Días de hospitalización (Sujeto a Evaluación): _____ Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: _____
DIA MES AÑO

Datos del presupuesto

Nombre Médico Tratante: _____ Especialidad: _____
Nombre de Hospital/Clínica o Centro Médico: _____ Ciudad: _____
Honorarios Cirujano US\$ Código (s) CPT
Honorarios Cirujano ayudante US\$ Código (s) CPT
Honorarios Anestesiólogo US\$ Código (s) CPT
Honorarios Médico Clínico/otra especialidad US\$ Código (s) CPT
Pediatra US\$ Código (s) CPT
Otros médicos: _____
Tipo de Anestesia: General Local Raquídea Otra _____
Fecha de inicio de la patología: _____
DIA MES AÑO
Costos Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer
Detalle: _____ US\$
_____ US\$
Firma del Asegurado Firma y sello del Médico Tratante Teléfonos del Médico Tratante

Datos de Preautorización (Sección para ser llenada por Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.)

Fecha Efectiva Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
Fecha de Autorización: _____ Clase: _____
Preexistencias: _____ Fecha Efectiva de la Póliza: _____
DIA MES AÑO
Médico con convenio Médico sin convenio

Datos adicionales de la póliza / asegurado

Primas Pagadas hasta: _____
DIA MES AÑO
Créditos Hospitalarios Pendientes desde: _____ Por un Total de US\$ _____
DIA MES AÑO
Observaciones: _____
Maternidad con Cuadro hasta: _____ Parto normal US\$ _____ Cesárea US\$ _____
Nueva Inclusión: Si No

		CPT						
PREAUTORIZACION N°	MONTO							%
Honorarios Cirujano	US\$	Código (s)						
Honorarios Cirujano ayudante	US\$	Código (s)						
Honorarios Anestesiólogo	US\$	Código (s)						
H. Méd. Clínico/otra especialidad	US\$	Código (s)						

Otros médicos: Pediatra _____
Cobertura de Recién Nacido: Desde 1^{er} día Desde 10^{mo} día Monto fijo US\$ Sin cobertura
Límite por cuarto y alimento diario: US\$ _____

PREAUTORIZACIÓN APROBADA

PREAUTORIZACIÓN CONDICIONADA

PREAUTORIZACIÓN DENEGADA

Causa: _____
Causa: _____

Firma y Nombre del Responsable de Preautorización

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su Reglamento, y la demás normativa relacionada o vinculante (Ley aplicable), en calidad de TITULAR DE LOS DATOS de mis datos personales, DECLARO que he sido informado por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A., en adelante EL RESPONSABLE, de lo siguiente:

- 1) De la inclusión de mis datos personales en una base de datos.
- 2) Que los fines de recolección y tratamiento, son el mantenimiento de la relación contractual o de aseguramiento, y en general el ofrecimiento de servicios y productos comercializados por EL RESPONSABLE, incluyendo información estadística, financiera, y administrativa.
- 3) Que la autorización de tratamiento incluye datos sensibles, relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Para estos efectos, EL RESPONSABLE observará lo previsto en la ley aplicable.
- 4) Que EL RESPONSABLE será el destinatario de la información, así como las empresas que hacen parte de Pan American Life Insurance Group, quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar dicha información, garantizando adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad para proteger los Datos Personales del TITULAR DE LOS DATOS.
- 5) Que el tratamiento que se dará a mis datos incluirá su recolección, acceso, registro, modificación, consulta, almacenamiento, conservación y transferencia.
- 6) Que puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión del tratamiento, a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, y a revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales, mismos que están contemplados en la Ley de protección de Datos personales, por medio de solicitud escrita remitida al correo electrónico privacy@palig.com o en las oficinas de Pan- American Life de Ecuador, en la Av. República de El Salvador 1082 y NN.UU. Edif. Mansión Blanca, Torre Londres, Piso11 en la ciudad de Quito, Ecuador.
- 7) Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito para tal efecto.
- 8) Al firmar este documento acepto que el ejercicio de tales derechos no impide el tratamiento de los datos por parte del RESPONSABLE, si dicho tratamiento se fundamenta en el ejercicio de una obligación legal o de un derecho u obligación derivada de la relación contractual o precontractual.
- 9) Que mis datos podrán ser transferidos a: A) Agentes, brokers, intermediarios de seguros, en el marco de una relación contractual o pre-contractual. B). Entidades de salud (en el marco de reclamos que se formulen, compañías de asistencia. C) Entidades bancarias o financieras, nacionales o internacionales, en caso de que se requieran o soliciten servicios bancarios o financieros de ellas, como el reembolso o pago de cualquier suma de dinero, derivada de un siniestro. D) Entidades públicas, en cumplimiento de obligaciones legales o por requerimiento expreso de una autoridad competente.
- 10) Al firmar este documento, autorizo al RESPONSABLE a consultar mis datos personales, que se encuentren disponibles para consulta en cualquier base de datos pública o privada, para los efectos antes indicados.
- 11) Los datos personales serán conservados durante un tiempo no mayor al necesario para cumplir con la finalidad de su tratamiento.
- 12) Los datos personales que sean objeto de tratamiento deben ser exactos, íntegros, precisos, completos, comprobables, claros; y, de ser el caso, debidamente actualizados; de tal forma que o se altere su veracidad. Si no se cuenta con la autorización del TITULAR DE LOS DATOS Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A. no podrá tramitar los mismos. La negativa de suministrar datos o proporcionar datos inexactos, puede ocasionar que la finalidad para la cual son recopilados no pueda cumplirse.

13) Identidad y datos de contacto del responsable del tratamiento de datos personales. Toda comunicación que concierna al tratamiento de los datos personales podrá ser solicitada al siguiente contacto:

- Domicilio: Av. República de El Salvador 1082 y NN.UU. Edif. Mansión Blanca, Torre Londres, Piso11. Quito.
- Email: privacy@palig.com
- Teléfono: [\(5932\) 225-3500](tel:(5932) 225-3500)

14) La Delegada de Protección de Datos es Zhandra Marín, identificada con documento No. 010589987 y correo electrónico zmarin@palig.com

Firma del Titular de los Datos:

Nombre del Titular de los Datos:

Documento de identificación:

Fecha: