

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

CORPORATIVO Y MINIMED

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS

SECCIÓN A: Debe ser completada por el Empleado

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por:

Asegurado Titular ☐ Dependiente cónyuge ☐ Dependiente hijo(a) ☐

Nombres del paciente: _____

1º Apellido

2º Apellido

1º Nombre

2º Nombre

Cédula de identidad: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: / /
mm/dd/aaaa

Género: F ☐ M ☐

Indique el origen de la lesión o dolencia :

¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI ☐ NO ☐

Indique el Lugar del Accidente:

Indique Fecha del Accidente: / / Indique Hora del Accidente: _____
mm/dd/aaaa

¿Cómo ocurrió el accidente?

En caso de enfermedad, Indique la fecha de inicio / /
mm/dd/aaaa

¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI ☐ NO ☐

Nombre del Hospital: _____ Fecha de hospitalización: / /
mm/dd/aaaa

En caso de tratarse de un alcance al reclamo, indicar el número de reclamo y diagnóstico

de Reclamo: _____ Diagnóstico: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, según mi leal saber y entender y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Fecha: / /
mm/dd/aaaa

Firma del Titular _____

Correo electrónico _____

SECCIÓN B: Debe ser completada por el Empleador en caso de Seguro Corporativo o Minimed

Nombre de la Empresa: _____

Nombres del Empleado: _____

1° Apellido2° Apellido1° Nombre2° Nombre

Fecha efectiva del seguro: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Nombre del Dependiente: _____

1° Apellido2° Apellido1° Nombre2° Nombre

Fecha efectiva del seguro: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Número de Póliza: _____ Número de Certificado : _____

Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, explique detalladamente (incluyendo fecha y hora)

Fecha: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Firma y Sello de la Empresa Asegurada _____

SECCIÓN C: Debe ser completada por el Médico Tratante

Nombres del paciente: _____

1° Apellido2° Apellido1° Nombre2° Nombre

Diagnóstico (s) completo (s)

¿Se debe su condición a embarazo? SI ☐ NO ☐ FUM: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

ATENCIÓN HOSPITALARIA

¿Ordenó usted la hospitalización? SI ☐ NO ☐

Fecha de Admisión en el Hospital: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Fecha de Salida: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Si se practicó cirugía, describa el procedimiento realizado

Según su opinión, ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición? ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Signos y síntomas: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Para procedimientos y/o tratamientos no habituales, indique la razón, efectos, tiempo de tratamiento y posible evolución sobre la enfermedad:

OBSERVACIONES:

Fecha: ____ / ____ / ____

mm/dd/aaaa

Nombre del Médico _____

Firma y Sello (Obligatorio) _____

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: