PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

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

Fecha de nacimiento: d d / m m / a a a a 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: d d / m m / a a a a Indique Hora del Accidente: _____

¿Cómo ocurrió el accidente?

_____

_____

En caso de enfermedad, Indique la fecha de inicio d d / m m / a a a a

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

Nombre del Hospital: _____

Fecha de la hospitalización: d d / m m / a a a a

Número total de facturas que se adjunta a este formulario _____ Valor presentado _____

¿Es el primer reclamo presentado por este evento? SI ☐ NO ☐

En caso de tratarse de un alcance al reclamo, indicar el número de reclamo y 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: d d / m m / a a a a Firma del Titular _____

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 54929; con oficio No. 39077-O de 24 de Junio de 2022.

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

Nombre de la Empresa: _____

Nombres del Empleado: _____
1º Apellido | 2º Apellido | 1º Nombre | 2º Nombre

Fecha efectiva del seguro: d d / m m / a a a a

Nombre del Dependiente: _____
1º Apellido | 2º Apellido | 1º Nombre | 2º Nombre

Fecha efectiva del seguro: d d / m m / a a a a

Número de Póliza: _____ Número de Certificado : _____ Número clase: _____

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: d d / m m / a a a a

Firma y Sello de la Empresa Asegurada _____

SECCIÓN C: Debe ser completada por el Médico Tratante

Nombres del paciente: _____
1º Apellido | 2º Apellido | 1º Nombre | 2º Nombre

Diagnóstico (s) completo (s)

_____

_____

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

ATENCIÓN HOSPITALARIA

¿Ordenó usted la hospitalización? SI ☐ NO ☐

Fecha de Admisión en el Hospital: d d / m m / a a a a Fecha de Salida: d d / m m / a a a a

Si se practicó cirugía, describa el procedimiento realizado

_____

_____

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

Signos y síntomas: d d / m m / a a a a

_____

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 54929; con oficio No. 39077-O de 24 de Junio de 2022.

Fecha de diagnóstico: d d / m m / a a a a

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

OBSERVACIONES

Fecha: d d / m m / a a a a

Nombre del Médico _____

Firma y Sello
(Obligatorio) _____

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 54929; con oficio No. 39077-O de 24 de Junio de 2022.

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, no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, 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. 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.

8. 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 púbicas, en cumplimiento de obligaciones legales o por requerimiento expreso de una autoridad competente.

9. A la firma de este documento, autorizo el envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio tecnológico disponible suministrado en calidad de TITULAR DE LOS DATOS.

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.

Firma del Titular de los Datos:
Nombre del Titular de los Datos:
Documento de identificación:
Fecha: