Seguro de Asistencia Medica para Acceso Mundial (WorldAccess) y Acceso Preferencial (PreferredAccess)

FORMULARIO DE RECLAMO

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

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del Asegurado Principal (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Póliza #

Celular

Correo electrónico

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Cedula / Pasaporte

Fecha de Nacimiento Mes/Dia/Año

Sexo ○ M ○ F

Relación con el Asegurado Principal ○ Cónyuge ○ Hijo ○ Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condicion con un accidente? ○ **Si** ○ **No**

Si la respuesta es "SI", fue la lesion causada por el acto u omisión de una persona diferente al paciente? ○ **Si** ○ **No**

Diagnóstico, naturaleza de la lesión o enfermedad:

Fecha de la lesión o enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condicion o accidente

Sintomas similares ocurridos previamente? ○ **Si** ○ **No** Si la respuesta es "SI", cuando?

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del Hospital

Periodo de hospitalización. Desde Hasta

V- INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS:

En conección con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros medicos? Si la respuesta es "SI", por favor proporcione: ○ **Si** ○ **No**

Nombre de la Compañía

Número de Póliza

VI- MÉTODO DE REEMBOLSO:

○ Cheque ○ Tranferencia bancaria a un banco en los Estados Unidos ○ Tranferencia bancaria a un banco fuera de los Estados Unidos

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 54932; con oficio No. 39077-O de 24 de Junio de 2022.

VII- DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:

Nombre del médico tratante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de licencia o registración

Dirección del médico tratante

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de consulta

Firma del médico tratante

Certifico que la información declarada en las secciones VII y VIII las he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta.

VIII- TRATAMIENTO INDICADO:

Fecha de servicio	Médico o proveedor	Descripción servicios médicos proporcionados	Moneda	Cantidad

Total	
Cantidad cubierta por el asegurado	
Cantidad cubierta por otro seguro	
Balance pendiente al hospital, clinica, médico, etc	

IX- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Certifico que la informacion declarada en este formulario la he completado a mi mejor entendimiento y de manera correcta. Al presentar el original o fotocopia de esta autorización firmada, por este medio yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, institución de cuidados médicos, servicios de seguro, farmacia, compañia de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, administrador del plan de beneficio del empleador, y/o compañia de control de calidad para proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona o mis dependientes. Yo entiendo que la información autorizada para ser proporcionada en este documento será utilizada por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S. A. para evaluar un reclamo de beneficios médicos. Cualquier información médica obtenida en el asesoramiento de este reclamo puede ser proporcionada a cualquier persona o organización considere necesario.

Firma del Asegurado Principal	Firma del paciente (si no es el Asegurado Principal y si es mayor de edad)
Fecha	Fecha

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 54932; 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: