

## SEGURO DE PERSONAS - FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES

Nombre del Asegurado		Compañía	No. Póliza		Teléfono
Nombre del Paciente		Cédula	Fecha de Nacimiento	Día	Mes Año
SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Parentesco		
Diagnóstico Principal					
Historia Clínica					
Resultados de Estudios Realizados (Adjuntar copia)					

Código Procedimiento	Descripción	Fecha de atención	Costo	Lugar

Días Requeridos de Hospitalización	Requiere Anestesia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nombre del Hospital o Clínica Seleccionada			
Nombre del Anestesiólogo			

Autorizo a todos los Doctores o cualquier otra persona que me examinaron y a todos los hospitales, ambulatorios, aseguradores o cualquier otra institución para que suministre a Óptima Compañía de Seguros, cualquier información y tenga acceso a todos mis reclamos, informes, pre autorizaciones e historial clínico.

Nombre del Médico	Teléfono/Fax	Firma y Sello	Fecha

Firma del Paciente o Persona Responsable

---

## SEGURO DE PERSONAS - FORMULARIO DE PREAUTORIZACIONES

---

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.