

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.