CONFIAMED
MEDICINA PREPAGADA

# SOLICITUD DE RECLAMO

ALCANCE A DIAGNOSTICO _____ COORDINACION DE BENEFICIOS ☐

CIUDAD _____ FECHA Día _____ Mes _____ Año _____

BROKER / ASESOR _____ NEGOCIO I E C MA

## DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA: _____ CONTRATO No.: _____ VERSIÓN: _____

EMPLEADO: _____ CEDULA: _____

DIRECCION DE OFICINA: _____ TELF.: _____

Email: _____ CELULAR: _____

PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____

## ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

NOMBRE DEL MEDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____ TELEFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO) _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE: ACCIDENTE ☐ CONGENITA ☐ EMBARAZO ☐ OTROS (EXPLIQUE) ☐ _____

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. D _____ M _____ A _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

_____
FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP _____

## FACTURAS

| No. FACTURA | EMISOR | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| No. FACTURA | EMISOR | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | TOTAL | |

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para verificar y pedir la información que sea necesaria al Médico o Institución Hospitalaria, exámenes clínicos, historia clínica completa o cualquier otro documento que se requiera.

Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento para el tratamiento de datos personales y declaro que he sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales y de salud que brindo, son accedidos y tratados por CONFIAMED S.A., para brindar el servicio de medicina prepagada, facturación y herramientas de mejoras en el servicio. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, CONFIAMED S.A., no podrá cumplir con los fines expuestos. He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos sujeta a registro, bajo la titularidad de CONFIAMED S.A. En tal sentido autorizo expresamente a Confiamed a: i) Tratamiento y la transferencia de mis datos a terceros proveedores de CONFIAMED S.A. que brindan herramientas de soluciones tecnológicas con la finalidad de la mejora continua del servicio de medicina prepagada, ii) a la transferencia de datos personales y de salud en caso de ser necesario a prestadores de salud o de asistencias médicas y para todo proceso de reembolso en caso de ser necesario. iii) a la utilización de terceros proveedores de servicios de autocompletado de información y pobladoras de datos. Adicionalmente, CONFIAMED S.A., podrá realizar las siguientes finalidades con los datos personales proporcionados:

- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados.
- Envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones.

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO | EMPRESA | BROKER / ASESOR

C.I. _____