PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.			**Fecha: atención**
REGISTRO PARA ATENCIÓN MEDICA EN RED AMBULATORIA PALIG MED			
DATOS DE PÓLIZA			
Nombre Empresa Contratante			
Número de Póliza	CORP.		MMA
DATOS DE TITULAR			
Nombres y Apellidos			
Cédula de Identidad		Correo Electrónico	
DATOS DE PACIENTE			
Nombres y Apellidos			
Parentesco	Titular ( )	Cónyuge ( )	Hijo ( )
INFORMACIÓN MÉDICA			
Motivo de consulta / Diagnóstico (s)			
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, 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.			
Firma del Asegurado		Firma y Sello de Médico	

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: _____

Correo electrónico de titular de datos: _____

Número celular de titular de datos: _____

Fecha: _____