

SOLICITUD DE CRÉDITO HOSPITALARIO

CIUDAD FECHA DE ATENCIÓN
BRÓKER/ASESOR

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

SELECCIONE CON UNA **X** SU TIPO DE PLAN:

INDIVIDUAL: GMM: MASIVO: CORPORATIVO: NOMBRE DEL CONTRATO:
NOMBRE DEL TITULAR CÉDULA DEL TITULAR
EMAIL NÚMERO DE CELULAR
NOMBRE DEL PACIENTE PARENTESCO EDAD

ANTECEDENTES MÉDICOS-QUIRÚRGICOS (Exclusivo del médico)

HOSPITAL/CLÍNICA DE ATENCIÓN: FECHA PROBABLE DE INGRESO:

NOMBRE DEL MÉDICO: ESPECIALIDAD: TELÉFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

INICIO DE LA ENFERMEDAD:

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO RECIBIDO (CUÁNTO TIEMPO)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CÓDIGO CIE 10

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR:
CÓDIGO CPT

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo la verificación de esta, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.

FIRMA DEL MÉDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

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.

NOTA: La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Crédito Hospitalario Plan Inspira T 10.000 el registro No. 56142; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00016219-O de 20 de marzo de 2023.

NOTA: La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Crédito Hospitalario Plan Inspira T 25.000 el registro No. 56148; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00016219-O de 20 de marzo de 2023.

NOTA: La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Crédito Hospitalario Plan Inspira T 50.000 el registro No. 56154; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00016219-O de 20 de marzo de 2023.

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

C.I.