

FORMULARIO DE
PRE-AUTORIZACIONES MÉDICAS



Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el procedimiento o estudio

☐ Ambulatorio

☐ Hospitalario

En caso de ser hospitalario, indique los días requeridos de hospitalización:

DATOS DEL CLIENTE

Asegurado

Edad

Cédula/pasaporte

Teléfono

Certificado

Póliza

Contratante

¿Tiene otro seguro médico?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique la compañía y el No. de póliza:

HISTORIA CLÍNICA

ICD-9	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO

Ampliación de la historia clínica (causa, evolución, tratamiento):

¿El paciente fue referido por algún otro médico o ha sido evaluado previamente por la misma condición?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, favor indicar el nombre y teléfono del mismo:

En caso de ser embarazo, indicar fecha de última menstruación:

Fecha probable de parto:

Adjuntar resultados de rayos x, CAT, resonancia magnética, ultrasonido, ECG o cualquier otro examen que se haya realizado.

DATOS DEL PROVEEDOR

Médico tratante

Teléfono

Correo electrónico:

PROCEDIMIENTO

CPT	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS

Ampliación sobre el procedimiento o estudio indicado (adjuntar resultados de las pruebas realizadas):

Lugar donde sugiere su realización

Fecha prevista

día

mes

año

Requiere anestesia

Sí ☐ No ☐

Tipo de anestesia

General ☐

Local ☐

Sedación ☐

Anestesiólogo (si fuese requerido)

Teléfono

Correo electrónico:

Patólogo (si fuese requerido)

Teléfono

Correo electrónico:

Para extensión de los días de hospitalización, favor escribir al correo autorizacionesenlinea@segurosvivir.com.pa

Firma y sello del médico

día

mes

año

Firma del asegurado

día

mes

año

DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

Certifico que la información proporcionada es correcta, así como también que he sido informado (a) detalladamente y de forma entendible por mi médico tratante sobre los procedimientos que se van a realizar y de las posibles consecuencias o riesgos relacionados con los mismos. Reconozco y acepto que UniVivir Seguros, S. A. es solo un intermediario en la coordinación de estas atenciones, razón por la cual la exoneró de cualquier responsabilidad médica y legal que se derive de la realización o por el resultado de las mismas. Autorizo a todo médico, hospital, centro de diagnóstico o institución de la salud que me haya atendido o que haya atendido a mis dependientes para que suministre a UniVivir Seguros, S. A. todos los informes que esta requiera en relación con mi salud y la de mis dependientes, relevándolos de cualquier responsabilidad penal, civil o administrativa en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos en los registros propios o de mis dependientes. Otorgo mi consentimiento expreso e inequívoco para que UniVivir Seguros, S. A. lleve a cabo el tratamiento de los datos personales propios y de mis dependientes, incluyendo los historiales clínicos y expedientes, así como también para que transfiera dichos datos a proveedores médicos y de asistencia, corredores de seguros, reaseguradores, call centers, abogados externos e investigadores de seguros, siempre y cuando sea estrictamente necesario para la emisión del contrato y la prestación de los servicios. Reconozco y acepto de UniVivir Seguros, S. A. y su Grupo Financiero Unibank, S.A. podrá acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos y los de mis dependientes, incluyendo pero sin limitarse a, mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas de conozca a su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros, desarrollar acciones comerciales por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá.

La compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá, a falta de pago, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

Importante: Todo procedimiento ambulatorio u hospitalización programada deberá tramitarse con 48 horas de anticipación al correo: autorizacionesenlinea@segurosvivir.com.pa

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Página 1 de 1