

# AON



**VALMACOR**

Asesores de Seguros



# COBERTURAS SEGURO DE VIDA

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# IMPORTANCIA DEL SEGURO DE VIDA



| Cobertura                          | Clase 1   |
|------------------------------------|-----------|
| Muerte por cualquier causa         | \$ 25.000 |
| Muerte y desmembración accidental  | \$ 25.000 |
| Incapacidad total y permanente     | \$ 25.000 |
| Anticipado por Enfermedad Terminal | \$ 12.500 |

Cobertura exclusiva para el titular, cuyo fin es brindar tranquilidad y protección a tus seres queridos, y mantener el patrimonio que se ha generado.



## COBERTURAS SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# MONTOS DE COBERTURA

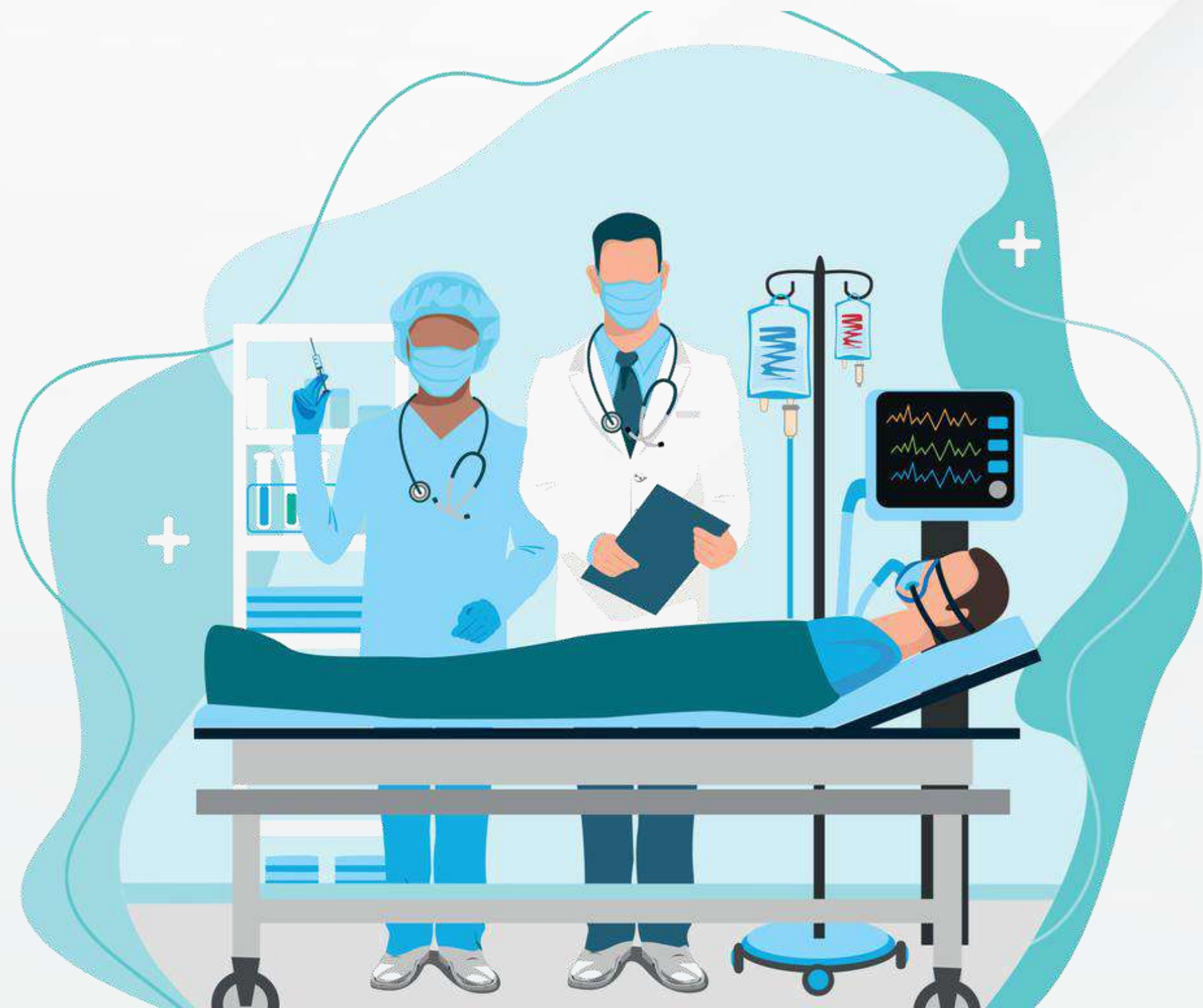


➤ El deducible es el primer gasto en el año que debe asumir el asegurado, y puede ser aplicado en uno o varios reembolsos.

| Coberturas                  | Clase 1                                                                      |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Suma Máxima Asegurada       | \$15.000                                                                     |
| Deducible Anual por Persona | \$90                                                                         |
| Nivel o Tabla de Honorarios | Mc–Graw-Hill Quito y resto del país<br>Mc–Graw-Hill + 25% Guayaquil y Cuenca |

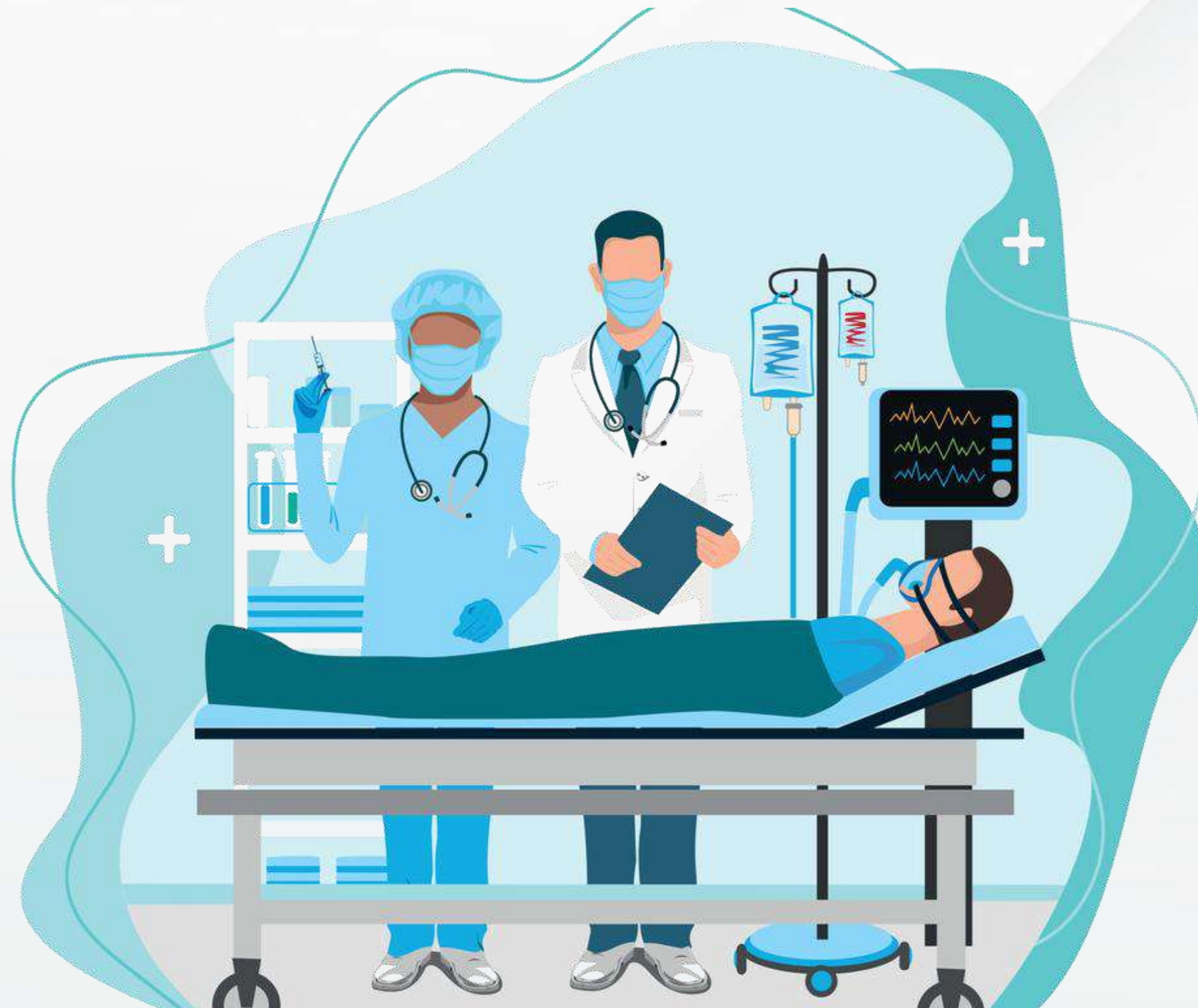
| Cobertura Preexistencias                 | Monto                                                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Preexistencias para no entrantes tardíos | Hasta \$2.500 por año póliza para todas las preexistencias |
| Preexistencias para entrantes tardíos    | Hasta \$1.500 por año póliza para todas las preexistencias |
| Periodo de Carencia                      | 90 días                                                    |

COBERTURA HOSPITALARIA



| Cobertura Hospitalaria                     | Clase 1               |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| Prestadores Red Select (grupo de cirugías) | 80%                   |
| Prestadores Red Paligned Essencial         | 70%                   |
| Prestadores de la Red                      | 60%                   |
| Prestadores Libre Elección                 | 60%                   |
| Cuarto y Alimento Diario al 100%, hasta    | \$200                 |
| Unidad de Cuidados Intensivos              | Suma máxima asegurada |
| Límite de días por Hospitalización         | Sin límite de días    |
| Cama de Acompañante menores de 16 años     | \$60                  |

## CRÉDITO HOSPITALARIO



Para cirugía programada se debe solicitar con 72 horas de anticipación (horario laboral) con lo siguiente:

1. Formulario de solicitud de preautorización hospitalaria lleno con diagnóstico y procedimiento a realizar con sus respectivos códigos CIE10 y CPT más firma y sello del médico.
2. Adjuntar resultados de exámenes de laboratorio y/o imagen que le han realizado que respaldo del diagnóstico.
3. Enviar esta información de digital por correo a su ejecutiva.
4. En un plazo máximo de 72 horas le enviaremos la respuesta de su pre-autorización vía correo electrónico.
5. Si el paciente es un dependiente mayor a 18 años, por favor adjuntar copia de cédula, certificado de estudios y certificado de no aportaciones al IESS.
6. Crédito SIN GARANTIA

**Nota:** La pre-autorización no significa cobertura

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# CRÉDITO HOSPITALARIO - FORMULARIO

|                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p><b>PAN AMERICAN LIFE</b><br/>DE ECUADOR<br/>COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.<br/><small>Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group</small></p> |  | <h1>SOLICITUD PREAUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN</h1> <p>Esta autorización debe ser presentada con 5 días de anticipación a la cirugía programada y su hospitalización</p> |  |
| Fecha de Solicitud: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO                                                                                                                                          |  | Fecha de Recepción: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO                                                                             |  |
| <b>Datos Generales del Asegurado (Sección para ser llenada por el Asegurado)</b>                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Empresa: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |  | No. de Póliza: <input type="text"/>                                                                                                                                        |  |
| Nombre del Paciente: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                               |  | Edad del Paciente: <input type="text"/>                                                                                                                                    |  |
| Nombre del Titular: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                |  | Relación: Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>                                                                  |  |
| Año en que se atendió por primera vez la enfermedad: <input type="text"/>                                                                                                                                                               |  | No. de Certificado: <input type="text"/>                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | Fecha en que se atendió por última vez la enfermedad: <input type="text"/>                                                                                                 |  |
| <b>Datos Generales de la Atención Médica (Sección para ser llenada por el Médico Tratante)</b>                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                            |  |
| La hospitalización se debe a:                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Enfermedad <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     |  | Maternidad <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        |  |
| Accidente <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                      |  | Cirugía con Hospitalización <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | Cirugía Ambulatoria (Hospital del Día) <input type="checkbox"/>                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | Otros: <input type="text"/>                                                                                                                                                |  |
| <b>Diagnóstico Principal (CIE 10)</b>                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Detalle del procedimiento a realizar: <input type="text"/>                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Días de hospitalización (Sujeto a Evaluación): <input type="text"/>                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: <input type="text"/>                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Datos del presupuesto</b>                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Nombre Médico Tratante: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                            |  | Especialidad: <input type="text"/>                                                                                                                                         |  |
| Nombre de Hospital/Clínica o Centro Médico: <input type="text"/>                                                                                                                                                                        |  | Ciudad: <input type="text"/>                                                                                                                                               |  |
| Honorarios Cirujano <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Honorarios Cirujano ayudante <input type="text"/>                                                                                                                                                                                       |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Honorarios Anestesiólogo <input type="text"/>                                                                                                                                                                                           |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Honorarios Médico Clínico/otra especialidad <input type="text"/>                                                                                                                                                                        |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Pediatria <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                          |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Otros médicos: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Tipo de Anestesia: General <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Fecha de inicio de la patología: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Costos Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Detalle: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                            |  |
| US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                            |  |
| US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Firma del Asegurado <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                |  | Firma y sello del Médico Tratante <input type="text"/>                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | Teléfonos del Médico Tratante <input type="text"/>                                                                                                                         |  |
| <b>Datos de Preautorización (Sección para ser llenada por Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.)</b>                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Fecha Efectiva Paciente: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                           |  | Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>                                                                                                                                  |  |
| Fecha de Autorización: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |  | Clase: <input type="text"/>                                                                                                                                                |  |
| Preexistencias: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                    |  | Fecha Efectiva de la Póliza: <input type="text"/>                                                                                                                          |  |
| Médico con convenio <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            |  | Médico sin convenio <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |  |
| <b>Datos adicionales de la póliza / asegurado</b>                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Primas Pagadas hasta: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Créditos Hospitalarios Pendientes desde: <input type="text"/>                                                                                                                                                                           |  | Por un Total de US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                  |  |
| Observaciones: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Maternidad con Cuadro hasta: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                       |  | Parto normal US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                     |  |
| Nueva Inclusión: Si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            |  | Cesárea US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |  |
| <b>CPT</b>                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>PREAUTORIZACION Nº</b>                                                                                                                                                                                                               |  | <b>MONTO</b>                                                                                                                                                               |  |
| Honorarios Cirujano                                                                                                                                                                                                                     |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Honorarios Cirujano ayudante                                                                                                                                                                                                            |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Honorarios Anestesiólogo                                                                                                                                                                                                                |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| H. Méd. Clínico/otra especialidad                                                                                                                                                                                                       |  | US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                  |  |
| Otros médicos: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                     |  | Pediatria <input type="text"/>                                                                                                                                             |  |
| Cobertura de Recién Nacido: Desde 1º día <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  | Desde 10º día <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  |
| Límite por cuarto y alimento diario: US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                                                          |  | Monto fijo US\$ <input type="text"/>                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | Sin cobertura <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  |
| <b>PREAUTORIZACIÓN APROBADA</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>PREAUTORIZACIÓN CONDICIONADA</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>PREAUTORIZACIÓN DENEGADA</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Causa: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Causa: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Firma y Nombre del Responsable de Preautorización <input type="text"/>                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                            |  |

|                                                                                                                                                             |            |                                                              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Diagnóstico Principal (CIE 10)</b>                                                                                                                       |            |                                                              |       |
| Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico <input type="checkbox"/>                                                                |            | Procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/>            |       |
| Detalle del procedimiento a realizar: _____                                                                                                                 |            |                                                              |       |
| Días de hospitalización (Sujeto a Evaluación): _____                                                                                                        |            | Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: _____ |       |
| <b>Datos del presupuesto</b>                                                                                                                                |            |                                                              |       |
| Nombre Médico Tratante: _____                                                                                                                               |            | Especialidad: _____                                          |       |
| Nombre de Hospital/Clínica o Centro Médico: _____                                                                                                           |            | Ciudad: _____                                                |       |
| Honorarios Cirujano                                                                                                                                         | US\$ _____ | Código (s) CPT                                               | _____ |
| Honorarios Cirujano ayudante                                                                                                                                | US\$ _____ | Código (s) CPT                                               | _____ |
| Honorarios Anestesiólogo                                                                                                                                    | US\$ _____ | Código (s) CPT                                               | _____ |
| Honorarios Médico Clínico/otra especialidad                                                                                                                 | US\$ _____ | Código (s) CPT                                               | _____ |
| Pediatra                                                                                                                                                    | US\$ _____ | Código (s) CPT                                               | _____ |
| Otros médicos: _____                                                                                                                                        |            |                                                              |       |
| Tipo de Anestesia:    General <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____ |            |                                                              |       |
| Fecha de inicio de la patología: _____                                                                                                                      |            |                                                              |       |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>DÍA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>                     |            |                                                              |       |
| Costos Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer                                                                    |            |                                                              |       |
| Detalle: _____                                                                                                                                              |            | US\$ _____                                                   |       |
| _____                                                                                                                                                       |            | US\$ _____                                                   |       |
| _____                                                                                                                                                       |            | _____                                                        |       |
| Firma del Asegurado                                                                                                                                         |            | Firma y sello del Médico Tratante                            |       |
|                                                                                                                                                             |            | Teléfonos del Médico Tratante                                |       |

COBERTURA AMBULATORIO



➤ Emergencia por accidente que no sea de tránsito aplica para las atenciones ambulatorias incurridas durante las primeras 24 horas. Los gastos excedentes y posteriores a las 24 horas, aplicarán como cualquier incapacidad

| Cobertura Ambulatoria                                | Clase 1                                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Centros Ambulatorios de la Red<br>Paligmed Select    | 80%                                                              |
| Centros Ambulatorios de la Red<br>Paligmed Essential | 70%                                                              |
| Cobertura Ambulatoria fuera de la red                | 70%                                                              |
| Tope de Consulta Médica                              | \$55 Quito y resto del país<br>\$68,75 Guayaquil y Cuenca        |
| Fee para consultas médicas                           | Paligmed Select \$5<br>Paligmed Essential \$12<br>Demás red \$15 |
| Farmacia Libre Elección                              | 70%                                                              |
| Emergencia por Accidente al 100%,<br>hasta           | \$ 1.000                                                         |

# CONSULTA EN RED MÉDICA

The screenshot shows the PALIGMED website interface. At the top, there's a navigation bar with the PALIGMED logo and links for 'Salud', 'Coronavirus', and 'Atención Médica Internacional'. Below this, a search bar is present with the text 'Explora un mundo de bienestar y salud integral'. The search criteria are set to 'QUITO, PICHINCHA, ECUADOR' and 'HOSPITALES Y CLINICAS'. A 'Buscar' button is visible. The results section shows '24 Resultados'. On the left, there's a sidebar for 'Modificar búsqueda' with filters for 'Red' (PALIGMED, PALIGMED ESSENTIAL, PALIGMED SELECT) and 'Especialidad'. The main content area displays two provider listings. The first listing is for 'CLINICA ARTHROS' (Ortopedia Y Traumatología) located at 'Pasaje Los Ángeles E4 - 257 Y Alemania - Edificio Da Vinci. 6° Piso. , Quito, Pichincha, Ecuador' with phone numbers '(02)2906411/290' and '(02)2906411/290'. The second listing is for 'MSK' (Cardiología Adultos, Cirugía General, Cirugía Oral Y Maxilofacial, Ginecología, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Urología) located at 'Alemania E4 - 14 Y Psje. Los Angeles, Quito, Pichincha, Ecuador' with phone numbers '(02) 5158150/ 5' and '(02) 5158150/ 5'. Both listings have a 'Ver Detalles' button.

Para consultas medicas de especialidad con médicos de primer nivel afiliados a la red de Humana en los cuales tenemos costos preferenciales.

Ingresa al portal de Pan American Life y elija el médico de su preferencia.

<https://www.paligmed.com/es/find-provider>

Beneficio: Sin aplicación de deducible pagando el fee administrativo:

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# PRESENTACIÓN DE RECETAS Y PEDIDOS MÉDICOS

## Información a presentar para Recetas

- Fecha
- Nombre Completo del Paciente
- Detalle de Medicamentos con  
posología (indicaciones)
- Diagnóstico
- Firma y Sello del Médico



## Información a presentar para Pedidos

- Fecha
- Nombre Completo del Paciente
- Detalle de Examen, Imagen o Terapias (incluir  
número de Terapias)
- Diagnóstico
- Firma y Sello del Médico

COBERTURA MEDICINAS

Para tener crédito en medicinas debe ser atendido en la red Essencial y deben colocar en la receta un sello de derivación

|                                                                    |             |  |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| PAN AMERICAN LIFE<br>DE FIDELIDAD<br>COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.      |             |  |
| Nombre del Contratante (empresa)                                   |             |  |
| No. De Póliza                                                      | Certificado |  |
| Porcentaje del pago a cancelar                                     |             |  |
| DIAGNOSTICO                                                        |             |  |
| Fecha tope de orden de servicio                                    |             |  |
| Sello para derivación de servicio bajo crédito en Proveedor de Red |             |  |

Crédito al 70%



# MATERNIDAD

La cobertura aplica únicamente para titular, cónyuge o conviviente legalmente reconocida.

Cambio de categoría desde el 1er día de embarazo:

Titular solo a Titular más uno

Titular más uno a Titular más familia

Notificación hasta 12 semanas de gestación, caso contrario carecerá de cobertura.



| Maternidad al 100% sin deducible                               | Clase 1              |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| Parto Normal, Cesárea, Aborto no provocado                     | \$2.000              |
| Complicaciones de Maternidad como parte de la maternidad       | \$2.000              |
| Cuidados de recién nacido / vitalicios con maternidad cubierta | Desde el primer día. |

## MEDICO A DOMICILIO



Mediante una llamada telefónica tú podrás solicitar el servicio de atención médica por telemedicina o a domicilio con una disponibilidad de 24/7.

El copago a cancelar por atención es de \$6. Este valor no podrá ser reembolsado.

Comunícate al **02 2973 184** para solicitar este servicio.



En caso de accidentes de tránsito, la primera cobertura que dará asistencia será el SPPAT.

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

## BENEFICIOS ADICIONALES

- Prótesis no dental
- Alquiler de muletas y sillas de ruedas
- Zapatos y plantillas ortopédicos
- Medias Elásticas
- Ligaduras y Vasectomías
- Vitaminas y Alérgenos
- Extracción de Terceros Molares.
- Ayuda visual
- Pap Test
- Mamografía y Antígeno Prostático
- Leche Medicada
- Audífonos
- Medicina Natural, Homeopática y Acupuntura
- Eximer Laser
- Acné
- Trasplante de Órganos
- Sepelio
- Ambulancia Terrestre, Aérea o Fluvial
- Pruebas de Sensibilidad



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

## COBERTURA DEL RECIEN NACIDO

➤ Control del Niño Sano:

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Hasta 1 año de edad  | 1 consulta mensual    |
| Hasta 3 años de edad | 1 consulta trimestral |
| Hasta 5 años de edad | 1 consulta semestral  |

- Vacunas -control del niño sano (esquema Ministerio de Salud Pública) al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad, hasta \$65 por dosis

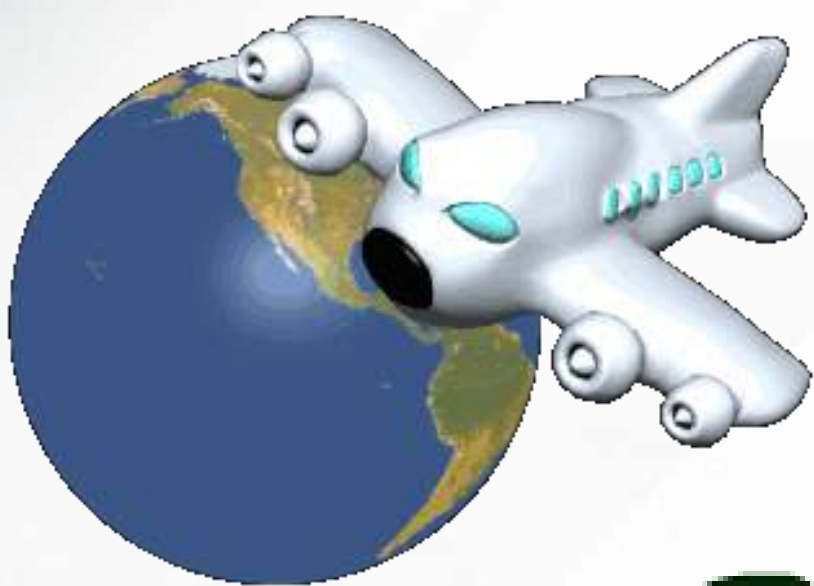


### IMPORTANTE:

En un período máximo de 30 días a partir de la fecha de nacimiento, se debe presentar la partida de nacimiento para la inclusión del dependiente.

ASISTENCIA EN EL EXTERIOR

- Por emergencia médica por enfermedad no preexistente o accidente.
- Aplica para cualquier parte del mundo con previa notificación, llenando el formato para viajes y el beneficio tiene vigencia durante los primeros 30 días del viaje.
- Se debe notificar el viaje mínimos 72 horas de anticipación al viaje.
- En caso de no notificar la salida, no se activa el beneficio por lo tanto en caso de incurrir en algún gasto en el exterior tendrá cobertura vía reembolso a costos del medio ecuatoriano a través de Humana.



| FORMATO SOLICITUD DE EMISIONES SEGURO DE VIAJE                      |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS DEL PASAJERO                                                  |  |
| NOMBRE COMPLETO                                                     |  |
| CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE                                     |  |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MA/AAAA)                                    |  |
| CIUDAD DE ORIGEN                                                    |  |
| TELÉFONO PAIS DE ORIGEN                                             |  |
| NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO PERSONA DE CONTACTO EN EL PAÍS DE ORIGEN |  |
| DATOS DE VIAJE                                                      |  |
| PAÍS DE DESTINO                                                     |  |
| FECHA DE SALIDA                                                     |  |
| FECHA DE RETORNO                                                    |  |
| OBSERVACIONES                                                       |  |



VALMACOR  
Asesores de Seguros

## NOTIFICACIONES IMPORTANTES

**Se debe notificar inmediatamente los siguientes casos:**

- Cambio de estado civil: matrimonio, divorcio, convivencia o viudez.
- Embarazo: titular, cónyuge o conviviente legal.
- Inclusión recién nacido
- Fallecimiento de algún miembro asegurado

**El tiempo máximo para reportar estos cambios será de 30 días**

**En caso de realizar el ingreso de un nuevo empleado o dependiente posterior a los 30 días o posterior al ingreso del titular se lo considerará entrante tardío y tendrá cobertura para todas las preexistencias hasta \$1.500**



**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

## PROCESO DE PRESENTACION RECLAMOS



Se debe presentar los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación debidamente lleno con datos de titular y paciente, firma y sello del médico.
- Facturas originales (RIDE) de consultas, medicinas y exámenes de laboratorio (con su respectivo desglose con costos unitarios).
- Orden de medicinas y solicitud de exámenes.
- Copia de resultado de exámenes.

**Recuerde:**

- En caso de atenciones por emergencia u hospitalización solicitar a la clínica u hospital la hoja de emergencia y la copia de historia clínica completa y el desglose de la factura que se presenta para el reembolso.

**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# FORMULARIOS PARA REEMBOLSO



## SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS

### SECCIÓN A: Debe ser completada por el Empleado

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por:

Asegurado Titular ☐ Dependiente cónyuge ☐ Dependiente hijo(a) ☐

Nombres del paciente:  1º Apellido  2º Apellido  1º Nombre  2º Nombre

Fecha de nacimiento:   /   /      Género: F ☐ M ☐

Indique el origen de la lesión o dolencia :

¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI ☐ NO ☐

Indique el Lugar del Accidente:

Indique Fecha del Accidente:   /   /      Indique Hora del Accidente:

¿Cómo ocurrió el accidente?

En caso de enfermedad, Indique la fecha de inicio   /   /

¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI ☐ NO ☐

Nombre del Hospital:

Fecha de la hospitalización:   /   /

Número total de facturas que se adjunta a este formulario  Valor presentado

¿Es el primer reclamo presentado por este evento? SI ☐ NO ☐

En caso de tratarse de un alcance al reclamo, indicar el número de reclamo y diagnóstico

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, 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.

### SECCIÓN B: Debe ser completada por el Empleador en caso de Seguro Corporativo

Nombre de la Empresa:

Nombres del Empleado:  1º Apellido  2º Apellido  1º Nombre  2º Nombre

Fecha efectiva del seguro:   /   /

Nombre del Dependiente:  1º Apellido  2º Apellido  1º Nombre  2º Nombre

Fecha efectiva del seguro:   /   /

Número de Póliza:  Número de Certificado :  Número clase:

Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, explique detalladamente (incluyendo fecha y hora)

Fecha:   /   /

Firma y Sello de la  
Empresa Asegurada

### SECCIÓN C: Debe ser completada por el Médico Tratante

Nombres del paciente:  1º Apellido  2º Apellido  1º Nombre  2º Nombre

Diagnóstico (s) completo (s)

¿Se debe su condición a embarazo? SI ☐ NO ☐ FUM:   /   /

#### ATENCIÓN HOSPITALARIA

¿Ordenó usted la hospitalización? SI ☐ NO ☐

Fecha de Admisión en el Hospital:   /   /      Fecha de Salida:   /   /

Si se practicó cirugía, describa el procedimiento realizado

Según su opinión, ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición?   /   /

Signos y síntomas:   /   /

# FORMULARIOS PARA REEMBOLSO

Fecha de diagnóstico:   /   /

Para procedimientos y/o tratamientos no habituales, indique la razón, efectos, tiempo de tratamiento y posible evolución sobre la enfermedad:

OBSERVACIONES

Fecha:   /   /

Nombre del Médico

Firma y Sello  
(Obligatorio)

## 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](mailto: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 públicas, 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:  
Fecha:

FORMULARIOS PARA REEMBOLSO - ALCANCE



SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA  
FORMULARIO PARA PRESENTACION DE  
ALCANCES A RECLAMOS

|                              |
|------------------------------|
| DE:                          |
| PARA: CRMC / MESA DE CONTROL |
| FECHA:                       |

|                       |
|-----------------------|
| TITULAR               |
| DEPENDIENTE           |
| ALCANCE A RECLAMO No. |
| DIAGNOSTICO           |

Adjunto sřrvase encontrar los siguientes documentos originales:

| CANT | DETALLE                       | VALOR |
|------|-------------------------------|-------|
|      | FORMULARIO DE RECLAMACION     | \$    |
|      | PLANILLA DE HOSPITAL          | \$    |
|      | PEDIDO DE MEDICINAS           |       |
|      | FACTURAS DE MEDICINAS         | \$    |
|      | PEDIDO DE EXAMENES            |       |
|      | FACTURA DE EXAMENES           | \$    |
|      | DESGLOSE DE FACTURA           |       |
|      | COPIA DE HISTORIA CLINICA     |       |
|      | COPIA DE PROTOCOLO OPERATORIO |       |
|      | OTROS: Detallar:              |       |
|      | TOTAL PRESENTADO              | \$    |

Firma responsable / asegurado

NOTA: Este formulario no significa un comprobante de pago, ni reemplaza al formulario de Reclamaci3n.

Para mayor informaci3n favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.  
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 WE WILL (939 455) - e-mail: crmcecuador@panamericanlife.com



VALMACOR  
Asesores de Seguros

## CÓMO SE DEBE ENVIAR LOS DOCUMENTOS PARA REEMBOLSO?

- Se deben enviar los respaldos de la atención médica en un solo PDF, por atención y por paciente con la información lo más clara posible
- El formulario debe estar debidamente lleno con la información del titular y paciente
- En caso de alcances de reclamos, se debe especificar el paciente y el diagnóstico correspondiente
- Para evitar reprocesos, favor validar que la información adjunta se encuentre completa
- El tiempo de presentación de reclamos es de 90 días (calendario), desde la fecha de emisión de las facturas, caso contrario ya no se pueden considerar para reembolsos.



**AON**



**VALMACOR**  
Asesores de Seguros

# AON



**VALMACOR**

Asesores de Seguros

## ¡CONTACTÁNOS Y ASESÓRATE!

### **Dirección:**

Catalina Aldaz N34-230 y Portugal. Edificio Bristol Parc.  
Torre 2. Oficina 502 17058 Quito, Ecuador.

### **Horarios de Atención:**

Lunes a Viernes de 8:30 am a 17:30

Graciela Guevara

[servicio@valmacor.ec](mailto:servicio@valmacor.ec)

096-253-0863



@VALMACORSEGUROS



WWW.VALMACORSEGUROS.EC