



Centro Corporativo
Ekopark,
Torre 4, planta baja.
Vía Nayón
y AV. Simón Bolívar
T +593.2.3731810
Quito, Ecuador

AV.Francisco
Orellana y Justino
Cornejo
Edf. World Trade
Center, Torre A, Piso 15,
T +593.2.3731810
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y
Manuel J. Calle
Edif.Atlantis 5to piso
T +593.2.3731810
Cuenca, Ecuador

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Póliza No. _____

Información del asegurado

Apellidos y nombres completos:		Fecha Nacimiento:	Cédula N°:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono :	Celular :

Información del accidente / enfermedad del asegurado

Su reclamo a presentar es por:

Muerte por Cualquier Causa	Incapacidad Total y Permanente	Gastos de Mortuorios	Gastos de Ambulancia por Accidente	Cesantia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muerte y/o desmembración Accidental	Gastos Médicos por Accidente	Beca Estudiantil	Anticipo Cáncer y Enfermedades Terminales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción del accidente o enfermedad:	Fecha de ocurrencia:	Lugar:
---	----------------------	--------

¿ Ha sido la persona asegurada atendida por esta u otra enfermedad o accidente anteriormente?

Diagnóstico:	Centro hospitalario:	Médico :	Telf :	Fecha :
--------------	----------------------	----------	--------	---------

Declaración y autorización

Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A, a que el valor de la indemnización sea depositado en mi Cta.Bancaria :

Nombre del asegurado y/o beneficiario:

C.I.:	Banco:
N° de cuenta:	Tipo de cuenta: ahorros corriente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E-mail:	Teléfono:

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verídicas, autorizo de antemano a cualquier médico o clínica suministre a Chubb Seguros Ecuador S.A, cualquier información que estimen conveniente y me someto a que si ya hubiera hecho, o llegara a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta o incurriere en alguna omisión u ocultación maliciosa, mi derecho a indemnización será nulo.

Firma del asegurado y/o beneficiario

Ciudad y fecha

Declaración del médico

Nombre del paciente:

Edad:

Diagnostico específico de la enfermedad o accidente:

¿Existe en la actualidad alguna inhabilitación ? ¿En qué porcentaje?

¿Cuándo recibió por primera vez atención médica el paciente por esta condición?

¿Este paciente tenía una condición similar con anterioridad ? Detallar

Si fue tratado por otro médico o especialista, por favor indique nombre y teléfono

Periodo de hospitalización

Fecha de ingreso:

Fecha de salida:

Diagnostico:

Nombre y dirección del hospital o clínica :

Comentarios :

Certifico por el presente que las declaraciones son correctas :

Nombre del médico :

Dirección :

Teléfono :

Fecha :

Firma :

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario, el numero de registro SCVS-1-2-0-SF-9, el 21 de enero de 2019.

Documentos necesarios para presentar una reclamación en caso de siniestro por

Muerte Accidental:

- a) Formulario de reclamación firmado por el beneficiario.
- b) Copia de la cédula de identidad del asegurado.
- c) Certificado de autopsia o medicina legal.
- d) Certificado de defunción.
- e) Certificado de inhumación y sepultura.
- f) Parte policial o acta de levantamiento de cadáver.
- g) Informe de las autoridades de tránsito en caso de muerte por un accidente automovilístico
- h) Informe o certificado del médicos tratante.
- i) Posesión efectiva de bienes, si los beneficiarios no estuvieren designados en la póliza.
- j) Partidas de nacimiento o copias de las cédulas de identidad de los beneficiarios.

Muerte por cualquier causa:

- a) Formulario de reclamación.
- b) Copia de la cédula de identidad del asegurado.
- c) Certificado de autopsia o medicina legal.
- d) Certificado de defunción.
- e) Certificado de inhumación y sepultura.
- f) Parte policial o acta de levantamiento de cadáver..
- g) Informe de las autoridades de tránsito en caso de muerte por un accidente automovilístico.
- h) Copia de la Historia Clínica completa en caso de muerte natural.
- i) Posesión efectiva de bienes, si los beneficiarios no estuvieren designados en la póliza.
- j) Partidas de nacimiento o copias de las cédulas de identidad de los beneficiarios.

Renta Hospitalaria por accidente:

- a) Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante.
- b) Copia de la Cédula de Identidad del asegurado.
- c) Copia de la Historia Clínica completa.
- d) Certificado del Centro Hospitalario donde fue atendido, indicando la fecha y hora de ingreso y salida, así como el tratamiento realizado.

Cáncer o Enfermedades Graves:

- a) Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante.
- b) Copia de la Cédula de Identidad del asegurado.
- c) Copia de la Historia clínica completa.
- d) Informe del médico tratante.
- e) Antecedentes médicos con información clínica, radiológica, histológica y exámenes de laboratorio.
- f) La compañía podrá requerir de los médicos tratantes del asegurado, todos los antecedentes que ellos posean, y podrá solicitar al Asegurado someterse a los exámenes que le solicite para verificar el diagnóstico de la enfermedad.

Incapacidad Total y Permanente por accidente y/o enfermedad:

- a) Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante.
- b) Copia de la cédula de identidad del asegurado.
- c) Copia de la Historia Clínica completa.
- d) Certificado de incapacidad del ministerio de salud.
- e) Informe o certificado de médico tratante detallando las causas y fecha de la Incapacidad.

Desmembración por accidente:

- a) Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante.
- b) Copia de la cédula de identidad del asegurado.
- c) Copia de la Historia Clínica completa.
- d) Certificado de incapacidad del ministerio de salud.
- e) Informe o certificado del médico tratante completo.

Gastos Médicos por accidente:

- a) Formulario de reclamación.
- b) Facturas originales de gastos incurridos.
- c) Recetas médicas originales, orden original de exámenes o radiografías.
- d) Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

Cesantía por:

Desempleo

Formulario de reclamación

Certificado de no estar afiliado al IESS

Copia de la cedula de identidad

Copia de finiquito y/o liquidación de haberes

Declaración juramentada en la cual establece su estado de desempleo actual

Incapacidad Temporal

Formulario de reclamación

Copia de la Historia ClínicaW

Certificado del medico indicando su incapacidad