

RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y RENTA HOSPITALARIA

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO)

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada confidencial.

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a Seguros Equinoccial S.A., contestado en su totalidad.

CONTRATANTE:

PÓLIZA N°:

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos:

Nombres:

Edad:

2. DIRECCIÓN DE DOMICILIO:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Edificio

Depto.

Teléfono:

Celular

Fax

3. OCUPACIÓN:

Describa con amplitud las labores propias de su trabajo:

4. ¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? / FECHA:

5. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE: (Describa sin omitir detalles dónde, cómo y porqué sucedió el accidente)

6. LESIONES SUFRIDAS: (Describa lo más ampliamente que sea posible)

7. TESTIGOS: (Diga el nombre, dirección y celular de quienes presenciaron el accidente)

NOMBRE

DIRECCIÓN

TELÉFONO

1.

2.

3.

8. MÉDICOS: (Tratantes que lo han atendido con motivo del accidente)

NOMBRE

DIRECCIÓN

TELÉFONO

1.

2.

3.

9. ¿DÓNDE PODRÍA VISITARLO UN MÉDICO DE LA COMPAÑÍA?

10. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO INTERNADO EN CLÍNICA U HOSPITAL CON MOTIVO DEL ACCIDENTE?

Clínica u Hospital:

Fecha/Desde:

Hasta:

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

11. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO INCAPACITADO PARA DESEMPEÑAR TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES PERTENECIENTES A SU OCUPACIÓN?

Fecha/Desde:

dd / mm / aaaa

Hasta:

dd / mm / aaaa

12. SI TIENE OTROS SEGUROS CONTRA ACCIDENTES, DIGA COMPAÑÍA, VALOR, RENTA POR INCAPACIDAD QUE LE GARANTIZAN Y VALOR PARA GASTOS MÉDICOS.

Declaro formalmente obrando con conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que puedan afectar la verdadera apreciación de los hechos.

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES

Queda expresamente autorizado EL CONTRATANTE, para que reciba en mi nombre y representación, todo documento que fuere remitido por Seguros Equinoccial S.A. a mi persona, constituyendo la fe de presentación puesta por EL CONTRATANTE en dicho documento prueba suficiente de que ha sido notificado con su contenido, pues desde ya me doy por notificado.

Lugar y Fecha_____
Firma del Asegurado o Representante

Nombre del Asegurado o Representante:

Nota: En caso de menor de edad: el reembolso se realizará a nombre del representante legal.

PARA SU COMODIDAD

Ahora Seguros Equinoccial S.A. cuenta con el servicio de PAGO EN LÍNEA con el cual usted puede obtener el reembolso de su reclamo hasta \$400.000 con crédito directo a su cuenta bancaria. Si desea utilizar este servicio por favor sírvase llenar los datos adjuntos al reverso del formulario.

Nota: No aplica en crédito hospitalario.

DECLARACIÓN MÉDICA

(A SER LLENADO POR EL MÉDICO)

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos:

Nombres:

2. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CIE 10:

3. NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LAS LESIONES O ENFERMEDAD

4. ¿PROVIENE DE SU EMPLEO U OCUPACIÓN? (En caso afirmativo, explique)

Sí No Explique

5. ¿CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE O A UNA ENFERMEDAD?

Accidente Explique

Enfermedad Explique

6. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA

a. ¿Cuándo atendió por primera vez al paciente? Fecha

dd / mm / aaaa

b. Indique enfermedades o accidentes sufridos anteriormente:

Fecha

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

c. ¿Si el Asegurado ha sido sometido a intervención quirúrgica fue debido a enfermedad o accidente? (describa resultados)

d. ¿Requiere de otros tratamientos quirúrgicos?

e. ¿Permanece aún el paciente bajo su control? (Si es negativo, indique cuando terminaron sus servicios)

Sí NO

f. Indique hasta cuándo el paciente debe estar recluso en cama, hospital, o casa, por causa directa de este evento.

g. Otros:

Declaro formalmente obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que pueden afectar la verdadera apreciación de los hechos.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO:

C.I.:

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:

TELÉFONO:

CELULAR:

REGISTRO MÉDICO #

E-MAIL:

CIUDAD:

Firma del médico

Ciudad y Fecha _____

Señores

SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

Ciudad.-

De mis consideraciones

Yo, _____ (nombres completos), portador de la cédula de identidad No. _____ por medio de la presente solicito a ustedes **expresa e irrevocablemente** que, en el evento de que sea aceptado el reclamo de gastos médicos por accidente que he presentado y una vez que se encuentre lista la respectiva liquidación; siempre y cuando se encuentre de acuerdo con mis intereses, y una vez que esta sea aceptada; procedan con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, para lo cual detallo la información necesaria para que pueda efectuarse la acreditación de dicho pago en la siguiente cuenta bancaria.

Nombre del Asegurado _____

Celular: _____ Otros teléfonos: _____

Nombre del Beneficiario o Titular de cuenta: _____

Cuenta: Corriente Ahorros

Número de Cuenta: _____

Banco: _____

C.I. o R.U.C. del titular de la Cuenta: _____

E-Mail _____

Declaro que una vez efectuada la transferencia bancaria solicitada en este documento y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes referida, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago desde la fecha en la que se efectuó dicha transferencia.

Declaro también que una vez efectuada dicha transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo-judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni en el presente ni en el futuro, en contra de Seguros Equinoccial S.A. por ningún concepto.

(F) Asegurado o Representante

Cualquier inquietud sobre los valores reembolsados, favor comuníquese con Seguros Equinoccial S.A., al siguiente número:

1800-EQUINOCCIAL (37 84 66)**info@segurosequinoccial.com**

Nota: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2008-248 del 25 de junio de 2008.

Matriz Quito: De Las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados, Edificio Equinoccial.

Ciudad y Fecha

Señores
SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.
Ciudad.-

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

De mi consideración:

Yo, _____ (nombres completos) portador de la cédula de identidad / pasaporte/RUC Nro. _____ por medio de la presente solicito a ustedes libre e irrevocablemente que, en el evento de que sea aceptado el pago del siniestro presentado y, una vez que se encuentre lista la respectiva liquidación, se proceda con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, conforme lo obliga el literal i) del artículo 25, Capítulo III, libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, para lo cual, voluntariamente detallo la información necesaria para la acreditación de dicho pago en la siguiente cuenta:

Nombres completos o Razón Social del Titular de la cuenta a la que se realizará la transferencia:

Nombre de la Institución Financiera:

No. de identificación: Se requiere el número de identificación con el que se realizó la apertura de la cuenta bancaria en la institución financiera señalada:

Cédula de Identidad RUC Pasaporte

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro

Número de cuenta:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Declaro que una vez efectuada(s) la(s) transferencia(s) bancaria(s) autorizada por este medio y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes detallada, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago, desde la fecha en la que se efectuó la referida transferencia y por lo tanto, también tendrá calidad de finiquito de las obligaciones que la aseguradora mantenía con cargo a la póliza en la que soy asegurado/beneficiario.

Acepto que una vez efectuada la correspondiente transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo –judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni el presente ni el futuro, en contra de Seguros Equinoccial S.A. por ningún concepto derivado de (los) siniestro (s) liquidado (s).

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente documento son correctos y fidedignos, por lo que, libero de responsabilidad a Seguros Equinoccial S.A. por errores derivados de una inexacta entrega de información de mi parte. Así mismo declaro que los fondos solicitados para que me sean entregados y que recibiré por parte de Seguros Equinoccial S.A., por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

Faculto a Seguros Equinoccial S.A., a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que puede utilizar o entregar dicha información a las autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a Seguros Equinoccial S.A., de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.

(F) Asegurado, Beneficiario y/o Representante legal

Cualquier inquietud sobre los valores entregados, favor comuníquese con su ejecutivo de cuenta asignado o servicio al cliente 1800-Equinoccial (37 84 66).