

## INCAPACIDAD

### (A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)

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 de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a Seguros Equinoccial S.A., contestado en su totalidad. En caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todos los derechos de indemnización.

#### 1. DATOS DEL RECLAMANTE:

Apellidos:

Nombres:

**PÓLIZA N°**

Número de identificación:

Dirección de domicilio:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Conjunto/Edificio

Dpto.

Teléfonos:

(OBLIGATORIO)

Celular

Domicilio

Oficina

Email:

(OBLIGATORIO)

#### 2. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos:

Nombres:

Ocupación:

Número de identificación:

Estado civil:

Sexo: M F

Dirección de domicilio:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Conjunto/Edificio

Depto.

Dirección del trabajo:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Conjunto/Edificio

Oficina

Teléfonos:

(OBLIGATORIO)

Celular

Domicilio

Oficina

E-Mail:

(obligatorio)

#### 3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Teléfonos:

#### 4. OTROS MÉDICOS (que hayan sido consultados en relación con la enfermedad que se reclama):

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

TELÉFONO

1.

2.

3.

#### 5. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:

Fecha de Ingreso:

Nombre del Hospital:

Nombre del médico responsable:

Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición:

(obligatorio) dd / mm / aaaa

Fecha en que se comunicó el diagnóstico de la enfermedad o accidente que lo incapacita:

dd / mm / aaaa

**6. CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA:**

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos que le incapacitaron.

**7. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO:****8. INDIQUE SI CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DE SU MÉDICO PARA REGRESAR A SU TRABAJO:****9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:**

Faculto a Seguros Equinoccial S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Seguros Equinoccial S.A.

Faculto a Seguros Equinoccial S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Seguros Equinoccial S.A., incluyendo los datos personales que entregue, sea administrada y, en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada o usada por la Aseguradora y, pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto.

Adicionalmente, acepto expresamente que Seguros Equinoccial S.A., me envíe y/o contacte por cualquier medio, por sí misma o a través de terceros, para fines de comunicación, control de calidad, realización de encuestas, verificación de continuidad de servicio, información sobre el actual producto y/o sobre nuevos productos y, para la comunicación de beneficios adicionales a los que podría acceder.

**IMPORTANTE:** En los casos que Seguros Equinoccial S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", estipulada en la normativa legal vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos.

**10. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:**

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

---

Ciudad y fecha

---

Firma del reclamante

NOTA: En caso de que el Asegurado no esté en codición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Reclamante legalmente autorizado. (Adjuntar el documento de sustento)

El Solicitante o Asegurado podrá requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

**Matriz Quito:** Av. Eloy Alfaro N33-400 y Fernando Ayarza, Edificio Seguros Equinoccial