RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y RENTA HOSPITALARIA

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO)

Sírvase llenar cada uno de los items 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.

SOLICITANTE : **PÓLIZA Nº:**

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 Email

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: dd / mm / aaaa Hasta: 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 SOLICITANTE, 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 SOLICITANTE 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 utililzar este servicio por favor sírvase llenar los datos solicitados en el formulario de pago por transferencia.

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 recluído 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 sigiuente 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)
infoequivida@equinoccial.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.