

INCAPACIDAD

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario. 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 ASEGURADO

Apellidos: Nombres: Ocupación:

Cédula Pasaporte Número de identificación: Estado civil: Sexo: M F

Calle principal Número Calle transversal Conjunto/Edificio Dpto.

Dirección de Trabajo:
Provincia Cantón Ciudad Barrio o sector

Calle principal Número Calle transversal Conjunto/Edificio Departamento

Teléfonos:
(OBLIGATORIO) Celular Domicilio Oficina

E-Mail:
(OBLIGATORIO)

2. DATOS DEL RECLAMANTE

PÓLIZA N°

Apellidos: Nombres:

Cédula: Pasaporte: 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)

3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre:

Dirección: Ciudad: Teléfonos:

OTROS MÉDICOS (que hayan sido consultados en relación con la incapacidad que se reclama):

	NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de Ingreso: / / Nombre del Hospital:
dd mm aaaa

Nombre del médico responsable:

Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición: / /
dd mm aaaa

Fecha en que ocurrió el accidente o se le diagnosticó la enfermedad que lo incapacita: / /
dd mm aaaa

5. CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA

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

6. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO

7. INDIQUE SI CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DE SU MÉDICO PARA REGRESAR A SU TRABAJO

8. DECLARACIONES

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Asimismo, declaro que los fondos recibidos por parte de Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la "Aseguradora") por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos.

9. AUTORIZACIONES

Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlos, recopilarlos, procesarlos, operarlos, verificarlos, transmitirlos, almacenarlos o usarlos para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. De igual forma, autorizo expresamente a la Aseguradora para que transmita la información personal a cualquier compañía, nacional o extranjera vinculada o no a la Aseguradora. Para tal efecto, la Aseguradora se compromete a que los terceros antes mencionados traten la información con el mismo estándar de seguridad que la Aseguradora. Adicionalmente, doy mi consentimiento para que la Aseguradora, 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.

Me comprometo a facilitar cualquier comprobación adicional requerida por la Aseguradora y permitir que cualquier médico nombrado por ésta me examine. Finalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, centro asistencial o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada, para que le suministre a la Aseguradora toda la información que ella considere necesaria.

10. AUTORIZACIONES 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 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.

Firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Firma del Reclamante

Ciudad

____ / ____ / ____

dd mm aaaa
Fecha

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

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