

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
PARA SER LLENADO POR EL RECLAMANTE

Póliza No:.....

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad. Ello y el certificado médico al dorso deben ser llenados a expensas de reclamante y devueltos a la Compañía a la mayor brevedad posible.

Montos máximos asegurados por muerte y/o incapacidad permanente:

1 Nombre del asegurado..... Cédula Identidad:

Dirección particular:

Telf: Fecha de Nacimiento: Peso: Estatura:

2 Si es Póliza colectiva, dar nombre del grupo.

3 a) ¿ Cuándo ocurrió el accidente ?

c) Dar detalles de la causa y de las lecciones sufridas.

Fecha Hora

b) ¿ Dónde ocurrió ? (Si es necesario, ocupe otra hoja para ampliar la información.)

4 Dar nombre y dirección de testigos, si hubieron

5 a) Dar nombre y dirección del médico que lo atendió.

b) Dar nombre y dirección del médico habitual.

c) Diga dónde y cuándo pudiera visitarlo, si fuese necesario, un médico u otro funcionario de la Compañía.

6 a) Manifieste el número de días en que se ha visto reducido necesaria y enteramente a la cama, al cuarto o a la casa, como resultado, único y directo del accidente.

Cama días:

Desde:

Hasta:

Cuantos días:

b) Si está reducido todavía a alguna de ellas, diga cuál.

Desde:

Hasta:

c) ¿ Ha podido atender en alguna forma a trabajos o negocios durante ese tiempo ?

Casa días:

Desde:

Hasta:

7 ¿Ha reclamado o recibido alguna compensación bajo una Póliza de Accidente y/o enfermedad ?

En caso afirmativo, dar detalles.

8 En caso de muerte, invalidez o desmembramiento:

a) Adjúntese certificado médico de defunción, invalidez o desmembramiento.

b) Adjúntese certificado de autopsia (de haber)

c) Adjúntese certificado de registro civil.

d) Nómbrase el beneficiario y/o heredero (s)

Declaro por la presente que he sufrido las lesiones arriba descritas y garantizando la veracidad de las afirmaciones precedentes en todo respeto, y me someto a que, si ya hubiera hecho o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta, o hiciera alguna omisión maliciosa, mi derecho a compensación será nulo.

FIRMA

Nota: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No. SBS-INSP-2009-193

QUITO MATRIZ: Rep. del El Salvador 734 (N35-40) y Portugal Edf. Athos (PH) Quito, Ecuador **PBX:** (593 - 2) 2458-400 Fax: (593 - 2) 2458-401

PUNTO DE SERVICIO: CARWASH, Av. De Los Granados E14-697 y Eloy Alfaro Teléfono: (593) 6024-526

GUAYAQUIL: Cda. Kennedy Norte, Av. Miguel H. Alcivar y Víctor Sicouret Edif. Torres del Norte B. Of. 102 **PBX:** (593 - 4) 2687-490 **Fax:** (593 - 4) 2687-022
E-mail: oriente@segurosoriente.com **Web:** www.segurosoriente.com 1800 ORIENTE