

## RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS ENFERMEDADES GRAVES E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

**(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O CONTRATANTE)**

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 de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA 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. CONTRATANTE:**  **PÓLIZA N°:**

Dirección:

Provincia Cantón Ciudad Barrio o sector

Calle principal Número Calle transversal Edificio Depto.

Teléfonos:

Convencional Celular Fax

**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 Edificio Depto.

Dirección del trabajo:

Provincia Cantón Ciudad Barrio o sector

Calle principal Número Calle transversal Edificio Oficina

Teléfonos:

Convencional Celular Fax

Lugar de nacimiento:  Fecha de Nacimiento:  E-Mail:

dd / mm / aaaa

**3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre:

Dirección:  Ciudad:  Teléfonos:

**4. OTROS MÉDICOS** (que hayan sido consultados en relación con la enfermedad o 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"/>

**5. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN**

Fecha de Ingreso:  Nombre del Hospital:

Nombre del médico responsable:

Enfermedad o incapacidad sobre la cual está reclamando el beneficio:

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

dd / mm / aaaa

Fecha en que se comunicó el diagnóstico de la enfermedad o de la incapacidad:

dd / mm / aaaa

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

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos y en caso de cualquier tipo de incapacidad, el grado de la misma.

Four horizontal light blue bars for text input.

**7. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO**

Four horizontal light blue bars for text input.

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

Three horizontal light blue bars for text input.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada en este formulario es verdadera y completa. Me comprometo a proporcionar cualquier información personal o médica adicional si así la Compañía lo requiere.

Doy mi consentimiento para que la Compañía pueda recabar la información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de seguros que haya aceptado o no propuesta de seguro sobre mi vida; y autorizo a todas esas personas o instituciones la entrega de dicha información. Finalmente permitiré que cualquier médico nombrado por la Compañía, me examine.

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:**

Queda expresamente autorizado EL CONTRATANTE para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fuere remitido por EQUIVIDA S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el CONTRATANTE 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 incapacidad total y permanente, si el Asegurado no está en condición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Beneficiario legalmente autorizado. (Adjuntar documento de sustento)

Nota: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2008-249 del 25 de junio del 2008.