Av. Amazonas 3655 y Juan Pablo Sanz, Ed.Antisana 5to Piso, T +593.2.3731810 Quito, Ecuador

Av. Francisco de Orellana y Justino Cornejo Edf. World Trade Center, Torre A, Piso 15, T +593.2.3731810 Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y Manuel J. Calle Edif.Atlantis 5to piso T +593.2.3731810 Cuenca, Ecuador

Formulario de reclamación de beneficios para Vida y Accidentes Personales.

Póliza No. ☐

Información del asegurado			
Apellidos y nombres completos:		Fecha Nacimiento:	Cédula Nº:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Celular:
Empresa:	E-mail:		

Información del paciente (llenar solamente si el paciente es dependiente del asegurado)		
Apellidos y nombres completos:		
Cédula Nº:	Fecha Nacimiento:	Relación con el asegurado:

Información del accidente / enfermedad del asegurado / dependiente				
Su reclamo es por:				
Muerte ☐	Enfermedades graves / cáncer ☐	Renta hospitalaria ☐	Gastos médicos ☐	Cesantía ☐ Otros ☐
Descripción el accidente:		Fecha de ocurrencia:		Lugar:
Descripción de la enfermedad:		Fecha de diagnóstico:		Lugar:

¿Ha sido la persona asegurada atendida por esa u otra enfermedad anteriormente?				
Enfermedad:	Centro hospitalario:	Médico:	Telf:	Fecha:

Declaración y autorización

Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a que el valor de la indemnización sea depositada en mi cta. Bancaria:

Banco: Tipo de cuenta: ahorros ☐ corriente ☐

Nº de cuenta:

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verídicas, autorizo de antemano a cualquier médico o Clínica suministrar a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier información que estime conveniente y me someto a que si ya hubiere hecho, o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudalenta o incurriere en alguna omisión u ocultación maliciosa, mi derecho a indemnización sera nulo.

Firma del asegurado

Ciudad y fecha

Av. Amazonas 3655 y Juan Pablo Sanz, Ed.Antisana 5to Piso, T +593.2.3731810 Quito, Ecuador

Av. Francisco de Orellana y Justino Cornejo Edf. World Trade Center, Torre A, Piso 15, T +593.2.3731810 Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y Manuel J. Calle Edif.Atlantis 5to piso T +593.2.3731810 Cuenca, Ecuador

Declaración del médico	
Nombre del paciente:	Edad:
Diagnóstico específico de la enfermedad o accidente:	
¿Existe en la actualidad alguna inhabilitación? ¿En qué porcentaje?	
¿Cuando recibió por primera vez atención médica el paciente por esta condición?	
¿Este paciente tenía una condición similar con anterioridad? Detallar	
Si fue tratado por otro médico especialista, por favor indique nombre y teléfono	

Periodo de hospitalización	
Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
Diagnóstico:	
Nombre y dirección del hospital o clínica:	
Comentarios:	

Certifico por el presente que las declaraciones son correctas:
Nombre del médico:
Direccción: Teléfono:
Fecha Firma:

En caso de muerte adjuntar:
- Certificado de defunción
- Certificado de inhumación y sepultura
- Copia de historia clínica en caso de enfermedad
- Copia de parte policial o levantamiento de cadáver en caso de accidente
- Posesión efectiva
- Copia de cédula del asegurado y beneficiarios

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución Nº. SB-INS-2000-212 de abril 25, 2000.