

**Seguros del Pichincha S.A.***Una familia para la familia*

R.U.C. 1791289927001
 COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
 Av. González Suárez y Coruña (esq.)
 Telf.: 551869 • 551800 • 551933
 Quito - Ecuador

**SEGURO DE ACCIDENTES
 PERSONALES
 FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR
 ACCIDENTE**

Póliza No.		
FECHA DEL INFORME		
AÑO	MES	DIA

SECCION A		DATOS LLENADOS POR EL ASEGURADO					
Nombre del Titular de la póliza:							
Edad:	Sexo	M	F	Estado Civil:	Ciudad:		
Domicilio:							
Teléfonos:		Profesión:			Ocupación Actual:		
Tiene otro seguro de accidentes personales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Nombre de la Compañía aseguradora:			
SECCION B		DETALLE DEL ACCIDENTE					
Cómo ocurrió el accidente:							
Lugar:		Fecha:			Hora:		
Intervino alguna autoridad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Quién?							
El total de su reclamo asciende a:							
Autorizo al hospital, clínica o centro médico, así como a los médicos tratantes que me prestaron atención médica, a proporcionar a Seguros del Pichincha S.A. toda la información que se requiera, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X, u otros							
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado			
SECCION C		DATOS LLENADOS POR MEDICO TRATANTE					
Nombre del paciente:							
Fecha de la primera atención:							
Diagnóstico específico:							
Si se practicó cirugía (describa la operación)							
Dónde se efectuó la operación:				Fecha de operación:			
Fechas en que atendió al paciente en el hospital							
Total de visitas		Ordenó usted hospitalización ?	Si	No	Nombre del hospital:		
Según su opinión, Cuándo se originó la causa básica de su lesión?							
Se encuentra todavía el paciente bajo su cuidado por esta lesión SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado, para efectuar toda y cada una de sus labores:							
Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?							
Lugar y Fecha		Firma del médico		Nombre del médico		Matrícula No.	
SECCION D		A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE					
Razón Social		Dirección			Teléfonos		
Nombre del Titular Asegurado							
Fecha de vinculación al trabajo				Cargo:			
Póliza No.				Monto Asegurado:			
Fecha de vinculación a esta póliza:				Ausencia al trabajo por ese accidente:			
Lugar y Fecha				Firma del Contratante			

Nota: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SB-INS-97-470 de 28 Octubre de 1997
 TEC - 16A