

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:			Nombre de la Compañía aseguradora:		
SI <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>		

SECCION B	DETALLE DEL ACCIDENTE
------------------	------------------------------

Como 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 presentaron 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		