

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO DE VIDA

Fecha de notificación:

Póliza Nro.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:	Nombres:		
Número de documento:	Fecha de nacimiento: día:	mes:	año:
Empresa:	Correo electrónico:		
Ciudad:	Teléfono:	Celular:	

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:	Nombres:		
Número de documento:	Fecha de nacimiento: día:	mes:	año:
Celular:	Correo electrónico:		
Descripción de lo ocurrido:			

DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:

Diagnóstico específico de la enfermedad/ muerte, hospitalización, otros

¿Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación por esta enfermedad? Indique el porcentaje

Nombre de médico tratante:

Sello y firma médico tratante

Fecha

DECLARACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital o clínica:

Fecha de ingreso: Fecha de egreso:

Diagnóstico:

El valor de su reclamo asciende a:

Al presente formulario se deberá adjuntar todos los documentos que se detallan en las condiciones establecidas en su contrato.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a Seguros del Pichincha, a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria:

Banco:

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

No. de Cuenta:

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario el número de registro 49147 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00029726-O del 06 de abril de 2018.