

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha de notificación: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:

Nombres:

Número de identificación:

Fecha de nacimiento: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

Empresa:

Correo electrónico:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:

Nombres:

Número de identificación:

Fecha de nacimiento: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

Celular:

Correo electrónico:

Parentesco:

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 del médico tratante:

\_\_\_\_\_  
Sello y firma médico tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

## DECLARACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital o clínica:

Nombres:

Fecha de ingreso: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

Fecha de egreso: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

Diagnóstico:

Correo electrónico:

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***

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

Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** para:

- i) El envío del finiquito a través de medios electrónicos al correo específicamente determinado; y,
- ii) Reconozco que el finiquito será aceptado por medios electrónicos
- iii) Autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA a utilizar mi información personal proporcionada a la aseguradora o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto, vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio.

\_\_\_\_\_  
Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.  
La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-55-872004420-11032021 el 11-03-2021