

## RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y RENTA HOSPITALARIA

**(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO)**

Sírvase llenar cada uno de los items de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada confidencial.

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA S.A., contestado en su totalidad.

**CONTRATANTE:**  **PÓLIZA N°:**

**1. DATOS DEL ASEGURADO:**

Apellidos:  Nombres:  Edad:

**2. DIRECCIÓN DE DOMICILIO:**    
Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sectorCalle principal
Número
Calle transversal
Edificio
Depto.

Teléfono:

Celular
Fax
**3. OCUPACIÓN:** 

Describa con amplitud las labores propias de su trabajo:

**4. ¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? / FECHA:** 
**5. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:** (Describa sin omitir detalles dónde, cómo y porqué sucedió el accidente)

**6. LESIONES SUFRIDAS:** (Describa lo más ampliamente que sea posible)

**7. TESTIGOS:** (Diga el nombre, dirección y celular de quienes presenciaron el accidente)

	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**8. MÉDICOS:** (Tratantes que lo han atendido con motivo del accidente)

	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**9. ¿DÓNDE PODRÍA VISITARLO UN MÉDICO DE LA COMPAÑÍA?****10. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO INTERNADO EN CLÍNICA U HOSPITAL CON MOTIVO DEL ACCIDENTE?**

Clínica u Hospital:  Fecha/Desde:  Hasta:

dd / mm / aaaa
dd / mm / aaaa

**11. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO INCAPACITADO PARA DESEMPEÑAR TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES PERTENECIENTES A SU OCUPACIÓN?**

 Fecha/Desde:  Hasta:   
dd / mm / aaaa dd / mm / aaaa
**12. SI TIENE OTROS SEGUROS CONTRA ACCIDENTES, DIGA COMPAÑÍA, VALOR, RENTA POR INCAPACIDAD QUE LE GARANTIZAN Y VALOR PARA GASTOS MÉDICOS.**
  


Declaro formalmente obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que puedan afectar la verdadera apreciación de los hechos.

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES**

Queda expresamente autorizado EL CONTRATANTE, para que reciba en mi nombre y representación, todo documento que fuere remitido por EQUIVIDA S.A. a mi persona, constituyendo la fe de presentación puesta por EL CONTRATANTE en dicho documento prueba suficiente de que ha sido notificado con su contenido, pues desde ya me doy por notificado.

 \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado o Representante

Nombre del Asegurado o Representante:

Nota: En caso de menor de edad: el reembolso se realizará a nombre del representante legal.

**PARA SU COMODIDAD**

Ahora EQUIVIDA S.A. cuenta con el Servicio de PAGO EN LÍNEA con el cual usted puede obtener el reembolso de su reclamo hasta \$400.000 con crédito directo a su cuenta bancaria. Si desea utilizar este servicio por favor sírvase llenar los datos adjuntos al reverso del formulario.

Nota: No aplica en crédito hospitalario.

**DECLARACIÓN MÉDICA**
**(A SER LLENADO POR EL MÉDICO)**
**1. DATOS DEL ASEGURADO:**

 Apellidos:  Nombres: 
**2. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:**  **CIE 10:** 
**3. NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LAS LESIONES O ENFERMEDAD**

**4. ¿PROVIENE DE SU EMPLEO U OCUPACIÓN?** (En caso afirmativo, explique)

 Sí  No  Explique 
**5. ¿CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE O A UNA ENFERMEDAD?**

 Accidente  Explique 

 Enfermedad  Explique 
**6. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA**

 a. ¿Cuándo atendió por primera vez al paciente? Fecha 
dd / mm / aaaa

b. Indique enfermedades o accidentes sufridos anteriormente:

Fecha

 
dd / mm / aaaa
 
dd / mm / aaaa

c. ¿Si el Asegurado ha sido sometido a intervención quirúrgica fue debido a enfermedad o accidente? (describa resultados)



d. ¿Requiere de otros tratamientos quirúrgicos?



e. ¿Permanece aún el paciente bajo su control? (Si es negativo, indique cuando terminaron sus servicios)

 Sí  NO  

f. Indique hasta cuándo el paciente debe estar recluso en cama, hospital, o casa, por causa directa de este evento.

 g. Otros: 


Declaro formalmente obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que pueden afectar la verdadera apreciación de los hechos.

 LUGAR Y FECHA: 

 NOMBRE DEL MÉDICO:  C.I.: 

 DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:  TELÉFONO:  CELULAR: 

 REGISTRO MÉDICO #  E-MAIL:  CIUDAD: 


---

 Firma del médico

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

Señores  
**EQUIVIDA COMPAÑÍA DE  
SEGUROS S.A.**  
Ciudad.-

De mis consideraciones

Yo, \_\_\_\_\_ (nombres completos), portador de la cédula de identidad No. \_\_\_\_\_ por medio de la presente solicito a ustedes **expresa e irrevocablemente** que, en el evento de que sea aceptado el reclamo de gastos médicos por accidente que he presentado y una vez que se encuentre lista la respectiva liquidación; siempre y cuando se encuentre de acuerdo con mis intereses, y una vez que esta sea aceptada; procedan con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, para lo cual detallo la información necesaria para que pueda efectuarse la acreditación de dicho pago en la siguiente cuenta bancaria.

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Beneficiario o Titular de cuenta: \_\_\_\_\_  
Cuenta: Corriente (  ) Ahorros (  )  
Número de Cuenta: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_  
C.I. o R.U.C. del titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Declaro que una vez efectuada la transferencia bancaria solicitada en este documento y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes referida, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago desde la fecha en la que se efectuó dicha transferencia.

Declaro también que una vez efectuada dicha transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo-judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni en el presente ni en el futuro, en contra de Equivida S.A. por ningún concepto.

\_\_\_\_\_  
(F) Asegurado o Representante

**Cualquier inquietud sobre los valores reembolsados, favor comuníquese con Equivida S.A., a los siguientes números:**

Quito: (02) 2246-662 Ext. 114, 120  
Guayaquil: (04) 2687-391 Ext. 203  
Cuenca: (07) 2818-348 / 2814-065 Ext. 301, 303

pagoenlinea@equivida.com

Nota: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2008-248 del 25 de junio de 2008.