

INCAPACIDAD

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)

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

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA S.A., contestado en su totalidad. En caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todos los derechos de indemnización.

1. DATOS DEL RECLAMANTE:
PÓLIZA N°

Apellidos: _____ Nombres: _____

Número de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector
Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Dpto.

Teléfonos: _____

(OBLIGATORIO)
Celular
Domicilio
Oficina

Email: _____

(OBLIGATORIO)
2. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos: _____ Nombres: _____ Ocupación: _____

 Número de identificación: _____ Estado civil: _____ Sexo: M F

Dirección de domicilio: _____

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector
Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Depto.

Dirección del trabajo: _____

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector
Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Oficina

Teléfonos: _____

(OBLIGATORIO)
Celular
Domicilio
Oficina

E-Mail: _____

(obligatorio)
3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfonos: _____

4. OTROS MÉDICOS (que hayan sido consultados en relación con la enfermedad que se reclama):

| | NOMBRE | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|----|--------|-----------|--------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |

5. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:

Fecha de Ingreso: _____ Nombre del Hospital: _____

Nombre del médico responsable: _____

Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición: _____

(obligatorio) dd / mm / aaaa

Fecha en que se comunicó el diagnóstico de la enfermedad o accidente que lo incapacita: _____

dd / mm / aaaa

6. CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA:

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos que le incapacitaron.

7. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO:

8. INDIQUE SI CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DE SU MÉDICO PARA REGRESAR A SU TRABAJO:

9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:

Faculto a Equivida S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Equivida S.A.

Faculto a Equivida S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Equivida S.A., incluyendo los datos personales que entregue, sea administrada y, en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada o usada por la Aseguradora y, pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto.

Adicionalmente, acepto expresamente que Equivida S.A., me envíe y/o contacte por cualquier medio, por sí misma o a través de terceros, para fines de comunicación, control de calidad, realización de encuestas, verificación de continuidad de servicio, información sobre el actual producto y/o sobre nuevos productos y, para la comunicación de beneficios adicionales a los que podría acceder.

IMPORTANTE: En los casos que Equivida S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", estipulada en la normativa legal vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos.

10. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:

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

Ciudad y fecha

Firma del reclamante

NOTA: En caso de que el Asegurado no esté en codición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Reclamante legalmente autorizado. (Adjuntar el documento de sustento)

El Solicitante o Asegurado podrá requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Quito: De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

Guayaquil: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

Cuenca: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

Telf.: 1800 Equivida (37 84 84)