

**Seguros del Pichincha S.A.***Una familia para la familia*

R.U.C. 1791289927001  
 COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS  
 Av. González Suárez y Coruña (esq.)  
 Telf. 2551869 / 2551800 - 2551933  
 Quito - Ecuador

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE

Póliza No.		
FECHA DEL INFORME		
AÑO	MES	DÍA

<b>SECCION A</b>		<b>DATOS LLENADOS POR EL ASEGURADO</b>					
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"/>					
<b>SECCION B</b>		<b>DETALLE DEL ACCIDENTE</b>					
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			
<b>SECCION C</b>		<b>DATOS LLENADOS POR MEDICO TRATANTE</b>					
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.	
<b>SECCION D</b>		<b>A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE</b>					
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			

Nota: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SB-INS-97-470 de 28 Octubre de 1997