

REQUISITOS A PRESENTAR POR SINIESTRO DE PÓLIZA DE VIDA

- Reporte de siniestros 60 días (revisar condiciones de póliza) ya sea por llamada telefónica o correo electrónico, a partir del día del accidente, caso contrario no tendrá cobertura por estar extemporáneo.
- Formulario de reclamación de Siniestros (ver página 2), el mismo que debe ser llenado de acuerdo a las siguientes especificaciones:
 - SECCION A y B: Debe ser llenado por el asegurado o sus familiares
 - SECCION C: Debe ser llenado por el médico tratante con firma y sello.
 - SECCION D: Debe ser llenado por el Contratante con firma y sello, se deben llenar solo los campos que correspondan como nombre, dirección y teléfono.

Al presente formulario deben acompañar los siguientes documentos:

- Historia Clínica con sellos originales del Hospital, Clínica o Centro de Salud.
- Copia de la cédula de ciudadanía a color del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Original o copia autenticada del certificado de defunción (se solicita en el Registro Civil).
- Informe del levantamiento del cadáver (en caso de que fallezca en un accidente).
- Informe médico legal (autopsia) (en caso de que fallezca en un accidente).
- Parte policial incluyendo examen de alcoholemia (en caso de que fallezca en un accidente).
- En caso de no haber llenado declaración de asegurabilidad, solicitar la posesión efectiva de herederos legales.

¿CÓMO REPORTAR UN SINIESTRO?

Notificar a través de llamada o al siguiente correo tatiana.luzuriaga@lcseguros.com.ec, ramiro.cordova@lcseguros.com.ec con los siguientes datos:

1. Nombres completos del socio fallecido o accidentado:
2. Número de Cédula:
3. Fecha de Fallecimiento o accidente:
4. Nombre del Contratante donde está asegurado:

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

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

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

Llenar con los datos de la persona fallecida o accidentada

Detallar exactamente como sucedió el accidente

Sección indispensable y específica a ser llenada por el último médico que atendió o dio fe de muerte al asegurado.

Llenar con los datos del Contratante, no olvidar la firma y sello en la parte de 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

TEC - 16A

MUNDO  - Telf.: 2563-424 - 5000 U. - Impreso: Julio 2008

REQUISITOS A PRESENTAR POR SINIESTRO DE PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES - GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO

- Reporte de siniestros 30 días ya sea por llamada telefónica o correo electrónico, a partir del día del accidente, caso contrario no tendrá cobertura por estar extemporáneo.
- Formulario de reclamación de Siniestros (ver página 2), el mismo que debe ser llenado de acuerdo a las siguientes especificaciones:
 - SECCION A y B: Debe ser llenado por el asegurado o sus familiares
 - SECCION C: Debe ser llenado por el médico tratante con firma y sello.
 - SECCION D: Debe ser llenado por el Contratante con firma y sello, se deben llenar solo los campos que correspondan como nombre, dirección y teléfono.

Al presente formulario deben acompañar los siguientes documentos:

- Copia a color o legible de la cédula de ciudadanía de la persona accidentada.
- Facturas originales de hospitalización, honorarios médicos, medicinas y exámenes de laboratorio, placas y demás exámenes, deben de estar a nombre de la persona accidentada o padre o madre.
- Pedidos originales de medicinas (recetas médicas) y exámenes.
- Resultados e informes de exámenes realizados.
- Copia de historia clínica si es que hubo ingreso por emergencia o si fue hospitalizado.
- Si hubo operación verificar que en la historia clínica conste el protocolo operatorio y registro de anestesia.

Para la cobertura de Hospitalización, debe adjuntar además el siguiente documento:

- Certificado de días de internación otorgado por la clínica u hospital.