

R.U.C. 1791289927001

Compañía de Seguros y Reaseguros

QUITO: Av. González Suárez N32-346 y Coruña (esq.) | PBX: (02) 397 5500.

GUAYAQUIL: Av. Francisco de Orellana, Edif. World Trade Center Torre A, piso 10 | PBX: (04) 211 8353.

CUENCA: Av. Solano y Av. 12 de Abril (esq.), Edif. Banco Pichincha, 5to piso | PBX: (07) 284 1900.

PORTOVIEJO: Av. América 126 entre Av. Reales Tamarindos y Ramón Fernández | PBX: (05) 265 7000.

Servicio al cliente: 1800 400-400

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

PÓLIZA No.

FECHA DEL INFORME

## SECCIÓN A | DATOS LLENADOS POR EL ASEGURADO

Nombre del titular de la póliza		No. de cédula	
Edad	Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Estado civil	Ciudad
Domicilio			
Teléfono particular	Celular	Profesión	Ocupación actual
¿Tiéne otro seguro de accidentes personales? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Nombre de la compañía aseguradora	

## SECCIÓN B | DETALLE DEL ACCIDENTE

Como ocurrió el accidente		
Lugar	Fecha	Hora
Intervino alguna autoridad Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Quién?		El total de su reclamo asciende a
<p>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.</p>		
<p>_____</p> Lugar y fecha		<p>_____</p> Firma del Asegurado

## SECCIÓN C | DATOS LLENADOS POR EL MÉDICO 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	¿Ordeno usted hospitalización? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	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="radio"/> No <input type="radio"/>			
¿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	Nombre del médico	Firma del médico	Matrícula No.

## SECCIÓN D | A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE

Razón social	Dirección	Teléfonos
Nombre del titular Asegurado		Fecha de vinculación al trabajo
Cargo	Monto asegurado	Póliza No.
Fecha de vinculación a esta póliza	Ausencia al trabajo por ese accidente	
<p>_____</p> Lugar y fecha		<p>_____</p> Firma del contratante