RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

(A SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO O CONTRATANTE)
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, 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. CONTRATANTE: PÓLIZA Nº:

Dirección: Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector

Calle principal | Número | Calle transversal | Edificio | Depto.

Teléfonos: Convencional | Celular | Fax

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 | Edificio | Depto.

Dirección del trabajo: Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector

Calle principal | Número | Calle transversal | Edificio | Oficina

Teléfonos: Convencional | Celular | Fax

Lugar de nacimiento: Fecha de Nacimiento: (dd / mm / aaaa) E-Mail:

3. DATOS DEL RECLAMANTE O BENEFICIARIO:

Apellidos: Nombres:

Parentesco: Número de identificación: Estado civil: Sexo M ○ F ○

Dirección de domicilio: Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector

Calle principal | Número | Calle transversal | Conj. Edif. | Dpto.

Dirección del trabajo: Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector

Calle principal | Número | Calle transversal | Conj. Edif. | Dpto.

Teléfonos: Convencional | Celular | Fax

Lugar de nacimiento: Fecha de Nacimiento: (dd / mm / aaaa) E-Mail:

4. CAUSA DEL RECLAMO

Muerte natural: ○ Muerte accidental: ○ Desmembración: ○

5. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS:

Ciudad: Fecha: (dd / mm / aaaa) Hora: Lugar:

Descripción de los hechos:

Nombre y dirección de los testigos

Fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó el fallecimiento: (dd / mm / aaaa)

Causa de la muerte (especificar diagnóstico principal):

6. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA:

a. Nombre del hospital y del médico tratante:

Teléfono: Celular:

b. Nombre de su médico habitual (de cabecera):

c. En caso de hospitalización indique:

Fecha de ingreso: (dd / mm / aaaa)

Fecha de alta: (dd / mm / aaaa)

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la informació dada en este formulario es verdadera y completa.
Me comprometo a proporcionar cualquier información personal o médica adicional si así la Compañía lo requiere.

7. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:

Queda expresamente autorizado EL CONTRATANTE para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fue remitido por EQUIVIDA S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el CONTRATANTE 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: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2008-249 del 25 de junio de 2008.