



Av. Amazonas 3655 y  
Juan Pablo Sanz,  
Ed. Antisana 5to Piso,  
T +593.2.3731810  
Quito, Ecuador

Av. Francisco de  
Orellana y Justino  
Cornejo  
Edf. World Trade Center,  
Torre A, Piso 15,  
T +593.2.3731810  
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y  
Manuel J. Calle  
Edif. Atlantis 5to piso  
T +593.2.3731810  
Cuenca, Ecuador

## Formulario de reclamación de beneficios para Vida y Accidentes Personales.

Póliza No.

Información del asegurado			
Apellidos y nombres completos:		Fecha Nacimiento:	Cédula N°:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Celular:
Empresa:	E-mail:		

Información del paciente (llenar solamente si el paciente es dependiente del asegurado)		
Apellidos y nombres completos:		
Cédula N°:	Fecha Nacimiento:	Relación con el asegurado:

Información del accidente / enfermedad del asegurado / dependiente		
Su reclamo es por:		
Muerte <input type="checkbox"/>	Enfermedades graves / cáncer <input type="checkbox"/>	Renta hospitalaria <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gastos médicos <input type="checkbox"/>	Cesantía <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Descripción el accidente:	Fecha de ocurrencia:	Lugar:
Descripción de la enfermedad:	Fecha de diagnóstico:	Lugar:

¿Ha sido la persona asegurada atendida por esa u otra enfermedad anteriormente?				
Enfermedad:	Centro hospitalario:	Médico:	Telf:	Fecha:

### Declaración y autorización

Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a que el valor de la indemnización sea depositada en mi cta. Bancaria:

Banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: ahorros  corriente

N° de cuenta: \_\_\_\_\_

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verídicas, autorizo de antemano a cualquier médico o Clínica suministrar a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier información que estime conveniente y me someto a que si ya hubiere hecho, o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudalenta o incurriere en alguna omisión u ocultación maliciosa, mi derecho a indemnización sera nulo.

Firma del asegurado

Ciudad y fecha



Av. Amazonas 3655 y  
Juan Pablo Sanz,  
Ed. Antisana 5to Piso,  
T +593.2.3731810  
Quito, Ecuador

Av. Francisco de  
Orellana y Justino  
Cornejo  
Edf. World Trade Center,  
Torre A, Piso 15,  
T +593.2.3731810  
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y  
Manuel J. Calle  
Edif. Atlantis 5to piso  
T +593.2.3731810  
Cuenca, Ecuador

Declaración del médico	
Nombre del paciente:	Edad:
Diagnóstico específico de la enfermedad o accidente:	
¿Existe en la actualidad alguna inhabilitación? ¿En qué porcentaje?	
¿Cuando recibió por primera vez atención médica el paciente por esta condición?	
¿Este paciente tenía una condición similar con anterioridad? Detallar	
Si fue tratado por otro médico especialista, por favor indique nombre y teléfono	

Periodo de hospitalización	
Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
Diagnóstico:	
Nombre y dirección del hospital o clínica:	
Comentarios:	

Certifico por el presente que las declaraciones son correctas:

Nombre del médico:

Dirección:

Fecha

Teléfono:

Firma:

En caso de muerte adjuntar:

- Certificado de defunción
- Certificado de inhumación y sepultura
- Copia de historia clínica en caso de enfermedad
- Copia de parte policial o levantamiento de cadáver en caso de accidente
- Posesión efectiva
- Copia de cédula del asegurado y beneficiarios

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución N°. SB-INS-2000-212 de abril 25, 2000.