

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 N°:**

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: E-Mail:
dd / mm / aaaa

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 Edificio Depto.

Dirección del trabajo:
Provincia Cantón Ciudad Barrio o sector

Calle principal Número Calle transversal Edificio Depto.

Teléfonos:
Convencional Celular Fax

4. CAUSA DEL RECLAMO

Muerte natural: Muerte accidental: Desmembración:

5. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS:

Ciudad: Fecha: Hora: Lugar:

dd / mm / aaaa

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 información 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.