

## INCAPACIDAD

**(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)**

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada confidencial.

Este formulario de reclamación 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. DATOS DEL RECLAMANTE:**
**PÓLIZA N°**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector
Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Dpto.

Teléfonos: \_\_\_\_\_

(OBLIGATORIO)
Celular
Domicilio
Oficina

Email: \_\_\_\_\_

(OBLIGATORIO)
**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
Conjunto/Edificio
Depto.

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector
Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Oficina

Teléfonos: \_\_\_\_\_

(OBLIGATORIO)
Celular
Domicilio
Oficina

E-Mail: \_\_\_\_\_

(obligatorio)
**3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**4. OTROS MÉDICOS (que hayan sido consultados en relación con la enfermedad que se reclama):**

|    | NOMBRE | DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|----|--------|-----------|--------|----------|
| 1. | _____  | _____     | _____  | _____    |
| 2. | _____  | _____     | _____  | _____    |
| 3. | _____  | _____     | _____  | _____    |

**5. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:**

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre del médico responsable: \_\_\_\_\_

Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición: \_\_\_\_\_

(obligatorio) dd / mm / aaaa

Fecha en que se comunicó el diagnóstico de la enfermedad o accidente que lo incapacita: \_\_\_\_\_

dd / mm / aaaa

**6. CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA:**

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos que le incapacitaron.

**7. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO:**

**8. INDIQUE SI CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DE SU MÉDICO PARA REGRESAR A SU TRABAJO:**

**9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:**

Faculto a Equivida S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Equivida S.A.

Faculto a Equivida S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Equivida S.A., incluyendo los datos personales que entregue, sea administrada y, en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada o usada por la Aseguradora y, pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto.

Adicionalmente, acepto expresamente que Equivida S.A., me envíe y/o contacte por cualquier medio, por sí misma o a través de terceros, para fines de comunicación, control de calidad, realización de encuestas, verificación de continuidad de servicio, información sobre el actual producto y/o sobre nuevos productos y, para la comunicación de beneficios adicionales a los que podría acceder.

**IMPORTANTE:** En los casos que Equivida S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", estipulada en la normativa legal vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos.

**10. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:**

Queda expresamente autorizado **EL SOLICITANTE** para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fuere remitido por EQUIVIDA S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el **SOLICITANTE** 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:** En caso de que el Asegurado no esté en codición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Reclamante legalmente autorizado. (Adjuntar el documento de sustento)

El Solicitante o Asegurado podrá requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

**Quito:** De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

**Guayaquil:** Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

**Cuenca:** Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

**Telf.:** 1800 Equivida (37 84 84)