

**SEGURO DE ACCIDENTES
PERSONALES**

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR
ACCIDENTE**

Póliza No.		
FECHA DEL INFORME		
AÑO	MES	DÍA

SECCION A		DATOS LLENADOS POR EL ASEGURADO															
Nombre del Titular de la póliza:																	
Edad:		Sexo		M				F				Estado Civil:		Ciudad:			
Domicilio:																	
Teléfonos:				Profesión:				Ocupación Actual:									
Tiene otro seguro de accidentes personales:						Nombre de la Compañía aseguradora:											
SI <input type="checkbox"/>						NO <input type="checkbox"/>											
SECCION B		DETALLE DEL ACCIDENTE															
Como ocurrió el accidente:																	
Lugar:				Fecha:				Hora:									
Intervino alguna autoridad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Quién?																	
El total de su reclamo asciende a:																	
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.																	
Lugar y Fecha						Firma del Asegurado											
SECCION C		DATOS LLENADOS POR MEDICO 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		Ordenó usted hospitalización?		SI		NO		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="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
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		Firma del médico		Nombre del médico		Matrícula No.											
SECCION D		A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE															
Razón Social		Dirección:				Teléfonos:											
Nombre del Titular Asegurado																	
Fecha de vinculación al trabajo						Cargo:											
Póliza No.						Monto Asegurado:											
Fecha de vinculación a esta póliza:						Ausencia al trabajo por ese accidente:											
Lugar y Fecha						Firma del Contratante											