

ENFERMEDADES

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario. La información aquí descrita será considerada confidencial.

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUISUIZA SEGUROS 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 ASEGURADO

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|-------------------|--------|-----------------|
| Apellidos: | Nombres: | Ocupación: | | | |
| Cédula <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Número de identificación: | Estado civil: | Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | | | |
| Dirección de domicilio: | | Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector |
| Calle principal | Número | Calle transversal | Conjunto/Edificio | Dpto. | |
| Teléfonos: (OBLIGATORIO) | | Email: (OBLIGATORIO) | | | |
| Celular | Convencional | | | | |

2. DATOS DEL RECLAMANTE

PÓLIZA N°

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|-------------------|--------|-----------------|
| Apellidos: | Nombres: | | | | |
| Cédula <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Número de identificación: | | | | | |
| Dirección de domicilio: | | Provincia | Cantón | Ciudad | Barrio o sector |
| Calle principal | Número | Calle transversal | Conjunto/Edificio | Dpto. | |
| Teléfonos: (OBLIGATORIO) | | Email: (OBLIGATORIO) | | | |
| Celular | Domicilio | | | | |

3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

| | | |
|------------|---------|------------|
| Nombre: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Teléfonos: |

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

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

4. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Fecha de Ingreso: dd / mm / aaaa | Nombre del Hospital: |
| Nombre del médico responsable: | |
| Enfermedad o procedimiento sobre el cual está reclamando el beneficio: | |
| Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición: dd / mm / aaaa | |
| Fecha en que se comunicó el diagnóstico de la enfermedad o elaboración del procedimiento: dd / mm / aaaa | |

5. CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA:

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos.

| |
|--|
| |
| |
| |

6. ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO

| |
|--|
| |
| |
| |

7. DECLARACIONES

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Asimismo, declaro que los fondos recibidos por parte de EQUISUIZA SEGUROS S.A. (en adelante, la "Aseguradora") por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos.

8. AUTORIZACIONES

Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlos, recopilarlos, procesarlos, operarlos, verificarlos, transmitirlos, almacenarlos o usarlos para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. De igual forma, autorizo expresamente a la Aseguradora para que transmita la información personal a cualquier compañía, nacional o extranjera vinculada o no a la Aseguradora. Para tal efecto, la Aseguradora se compromete a que los terceros antes mencionados traten la información con el mismo estándar de seguridad que la Aseguradora. Adicionalmente, doy mi consentimiento para que la Aseguradora, 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.

Me comprometo a facilitar cualquier comprobación adicional requerida por la Aseguradora y permitir que cualquier médico nombrado por ésta me examine. Finalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, centro asistencial o cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada, para que le suministre a la Aseguradora toda la información que ella considere necesaria.

9. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES

Queda expresamente autorizado **EL SOLICITANTE** para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fuere remitido por EQUISUIZA SEGUROS 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.

Firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Firma del Reclamante

Ciudad

/ /
dd mm aaaa

Fecha

NOTA: En caso de que el Asegurado no esté en codición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Beneficiario legalmente autorizado. (Adjuntar el documento de sustento)

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

Matriz Quito: De Las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados