

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA ACCIDENTES PERSONALES

FR.RE.100 versión 01

Póliza No..... Ramo

Cómo presentar un reclamo:

1. El asegurado y/o beneficiario debe completar la sección A
2. Solicitar el médico de cabecera complete la sección B
3. Presentar este formulario a la compañía aseguradora adjuntando por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica, de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso. (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

1. Sr () Sra. () Srta. () Edad.....Sexo.....
Nombres y apellidos

2. Dirección.....Ciudad.....

3. N° de cédula..... N° de teléfono..... Ocupación.....

4. Describa la lesión.....

5. Datos del accidente:

¿Cuándo ocurrió? Día..... Mes..... Año..... Hora (14h00):

¿Dónde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

6. Nombre y teléfono del primer medico consultado

7. Fecha de la primera visita: Día..... Mes..... Año.....

8. Nombres y teléfonos de todos los médicos que le asistieron por esta lesión:

Nombre..... Teléfono ()-

9. Estuvo hospitalizado por esta lesión? Si..... No..... En caso afirmativo, indique:

Nombre del hospital / clínica.....

Fecha de ingreso: Día..... Mes..... Año.....

10. Totalmente incapacitado: Desde: Día..... Mes..... Año.....

Hasta: Día..... Mes..... Año.....

11. Parcialmente incapacitado: Desde: Día..... Mes..... Año.....

Hasta: Día..... Mes..... Año.....

Por este medio certifico que las respuesta que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que se suministren a la ASEGURADORA DEL SUR C.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes y rayos X pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la compañía de seguros se reserva al derecho de aplazar de este reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma en su completa satisfacción.

Fecha: Día..... Mes..... Año..... Firma del asegurado y / o beneficiario.....

1. Nombre del paciente: Edad..... Sexo.....

2. Diagnóstico completo:

3. Si se practicó cirugía. Describa la operación:

Donde se efectuó la operación? Día..... Mes..... Año.....

Honorarlos por cirugía únicamente (exclúyase los honorarios por visita médicas, anestesia, etc.)

\$.....

4. De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital / clínica

Día..... Mes..... Año..... Valor consulta \$.....

Total visitas:

5. Ordeno usted la hospitalización? Si..... No..... Nombre hospital/clínica.....

Admitido el: Día..... Mes..... Año..... Hora (24hoo).....

Salida el: Día..... Mes..... Año..... Hora (24hoo).....

6. Según su opinión, cuando se originó la causa básica de esta lesión: Día..... Mes..... Año.....

7. Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Si..... No.....

8. Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente parciamente incapacitado?

Desde: Día..... Mes..... Año.....

Hasta: Día..... Mes..... Año.....

9. Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente, continua o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde: Día..... Mes..... Año.....

Hasta: Día..... Mes..... Año.....

10. Obligaciones el paciente en su trabajo:

.....

.....

Fecha: Día..... Mes..... Año..... Firma del Medico

Observaciones:

.....

.....

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No 7456-s del 23 de octubre de 1.974

LÍNEA SERVICIO AL CLIENTE: Telf.: 0995553333.

LÍNEA ADMINISTRATIVA: MATRIZ - QUITO: Av. De Los Naranjos N44-463 y Azucenas • Telf.: (02) 299-7500. **GUAYAQUIL:** Av. Circunvalación Sur #304 y Todos Los Santos. • Telf.: (04) 5013050. **AMBATO:** Av. Rodrigo Pachano 13 - 109 y JuanMontalvo, Sector Ficoa • Telf.: (03)282-8211. **FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA):** Av. Quito entre Guayaquil Y Jorge Rodríguez - Junto a la Cruz Roja • Telf.: (06) 5005353. **CUENCA:** Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola. • Telf.: (07) 5005060. **IBARRA:** Victoria Castelo Chiriboga 657 y Galo Plaza Lasso, atrás del C.C. La Plaza • Telf.: (06) 5004000. **LOJA:** Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno • Telf.: (07) 5005070. **MACHALA:** Urbanización Ciudad del Sol Mz L1 • Telf.: (07) 5004040. **MANTA:** Av. M1 entre calles 23 y 24 esq. Edif. Manta Business Center, planta baja • Telf.: (05) 5004000. **PORTOVIEJO:** Centro Comercial La Quadra Portoviejo. Locales 7A y 7B. • Telf.: (05) 5004600. **RIOBAMBA:** Uruguay y Av. Daniel León Borja • Telf.: (03) 5001010. **STO. DOMINGO:** Av. Río Lelia, diagonal al Hospital del IESS • Telf.: (02) 5031231.