

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

DATOS PERSONALES

1. ASEGURADO

Apellidos y Nombres: _____

2. PACIENTE

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre de la Empresa: _____

Fecha de ingreso a la empresa: _____

Número de póliza: _____

Fecha: _____ Firma y sello de la empresa: _____

DATOS DEL RECLAMO

EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar, fecha y hora: _____

¿Cómo sucedió el accidente?: _____

EN CASO DE ENFERMEDAD

Enfermedad: _____

Nombre del primer médico consultado: _____

¿Estuvo hospitalizado? SI _____ Desde: _____ Hasta: _____

NO _____ Hospital / Clínica: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de inicio del tratamiento: _____

Diagnóstico completo: _____

GUAYAQUIL

Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán
Edificio Ecuatoriano Suiza

QUITO

Av. Los Shyris N37-27 y Naciones Unidas
Edificio Silva Núñez, Piso 8

SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

Urb. Banco de Fomento, Av. Río Lellia entre Záparos y Zarzas
Edificio Eugenia Rivas de Checa, PB

