EcuaSuiza Seguros

COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

Aviso de siniestro por Incapacidad Total y Permanente o Enfermedades Catastróficas

INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre:			
Cedula de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:		Provincia:	
Email:			
APS:			

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

Nombre:					
Dirección:		Ciudad:		Teléfono:	

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

	NOMBRE	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
1				
2				
3				

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN:

Fecha de Ingreso		Nombre del Hospital:	
Nombre del médico responsable:			
Enfermedad sobre la cual está reclamando el beneficio:			
Fecha en que por primera vez consultó a su doctor sobre dicha condición			

(dd/mm/aaaa)

Fecha en que comunicó el diagnóstico de la enfermedad o accidente que lo incapacite:	

(dd/mm/aaaa)

CIRCUNSTANCIAS QUE PRECEDIERON A SU PRIMERA CONSULTA:

Incluyendo detalles sobre la naturaleza de los síntomas sufridos:

_____

_____

_____

_____

ESTADO ACTUAL DE SU SALUD, TRATAMIENTO SEGUIDO:

_____

_____

_____

_____

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:

Autorizo a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos su detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:_____

_____

Firma del Asegurado

NOTA: En caso de que el Asegurado no esté en condición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Beneficiario 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.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-2-SF-120-804004422, el 14 de Octubre de 2022.