



Centro Corporativo
Ekopark,
Torre 4, planta baja.
Vía a Nayón
y Av. Simón Bolívar
T +593.2.3731810
Quito, Ecuador

Av. Francisco de
Orellana y Justino
Cornejo
Edf. World Trade
Center, Torre A, Piso 15,
T +593.2.3731810
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y
Manuel J. Calle
Edif. Atlantis 5to piso
T +593.2.3731810
Cuenca, Ecuador

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS.

Póliza No.

Información del asegurado			
Apellidos y nombres completos:		Fecha Nacimiento:	Cédula N°:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Celular:

Información del paciente (llenar solamente si el paciente es dependiente del asegurado)		
Apellidos y nombres completos:		
Cédula N°:	Fecha Nacimiento:	Relación con el asegurado:

Información del accidente / enfermedad del asegurado / dependiente		
Su reclamo a presentar es por:		
<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Enfermedades graves / cáncer <input type="checkbox"/> Rentas hospitalarias <input type="checkbox"/> Gastos médicos <input type="checkbox"/> Cesantía <input type="checkbox"/> Otros		
Descripción del accidente o enfermedad:	Fecha de ocurrencia:	Lugar:

¿Ha sido la persona asegurada atendida por esa u otra enfermedad o accidente anteriormente?				
Diagnóstico:	Centro hospitalario:	Médico:	Telf:	Fecha:

Declaración y autorización	
Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a que el valor de la indemnización sea depositado en mi cta. Bancaria:	
Nombre del asegurado y/o beneficiario:	
C.I.:	Banco:
N° de cuenta:	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> corriente
E-mail:	Teléfono:

Certifico que todas las respuestas dadas anteriormente son completas y verídicas, autorizo de antemano a cualquier médico o Clínica suministre a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier información que estimen conveniente y me someto a que si ya hubiere hecho, o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta o incurriere en alguna omisión u ocultación maliciosa, mi derecho a indemnización sera nulo.

Firma del asegurado y/o beneficiario

Ciudad y fecha



Centro Corporativo
Ekopark,
Torre 4, planta baja.
Vía a Nayón
y Av. Simón Bolívar
T +593.2.3731810
Quito, Ecuador

Av. Francisco de
Orellana y Justino
Cornejo
Edf. World Trade
Center, Torre A, Piso 15,
T +593.2.3731810
Guayaquil, Ecuador

Alfonso Cordero 3-77 y
Manuel J. Calle
Edif. Atlantis 5to piso
T +593.2.3731810
Cuenca, Ecuador

Declaración del médico

Nombre del paciente:	Edad:
.....	
.....	
Diagnóstico específico de la enfermedad o accidente:	
.....	
.....	
¿Existe en la actualidad alguna inhabilitación? ¿En qué porcentaje?	
.....	
.....	
¿Cuando recibió por primera vez atención médica el paciente por esta condición?	
.....	
.....	
¿Este paciente tenía una condición similar con anterioridad? Detallar	
.....	
.....	
Si fue tratado por otro médico especialista, por favor indique nombre y teléfono	
.....	
.....	

Periodo de hospitalización

Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
Diagnóstico:	
Nombre y dirección del hospital o clínica:	
Comentarios:	
.....	

Certifico por el presente que las declaraciones son correctas:	
Nombre del médico:	
Dirección:	Teléfono:
Fecha:	Firma:

- En caso de muerte adjuntar:
- Certificado de defunción
 - Certificado de inhumación y sepultura
 - Copia de historia clínica en caso de enfermedad
 - Copia de parte policial o levantamiento de cadáver en caso de accidente
 - Posesión efectiva
 - Copia de cédula del asegurado y beneficiarios

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución N°.

