

Formulario de aviso de siniestro

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Estimado Asegurado: Con el fin de evitar demoras en el proceso de su reclamo, favor contestar detalladamente todas las preguntas del formulario y adjuntar la documentación detallada al reverso.

A. Para ser llenado por el asegurado

Nombres y Apellidos del Titular: C.I.:

Nombres y Apellidos del Paciente: C.I.:

Parentesco: Edad: Telf. domicilio: Telf. celular:

¿Cómo sucedió el accidente?

Lugar: Fecha: Día Mes Año

Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas. Autorizo a los Profesionales e Instituciones que me prestaron atención médica, a proporcionar toda la información requerida por Seguros Atlántida, datos de mi historia clínica, exámenes de laboratorio, etc., manteniendo la confidencialidad que se requiere. La entrega de este formulario no podrá interpretarse como aceptación de responsabilidad por parte de Seguros Atlántida.

Cualquier error, simulación o fraude por parte del reclamante privará a este y a sus dependientes de todo derecho de los beneficios bajo la póliza.

Autorización: De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, para garantizar la confidencialidad de los datos personales de sus clientes, proporcionados a través de las distintas transacciones realizadas con la compañía. Seguros Atlántida cuenta con las seguridades y protecciones tecnológicas aplicables y se encuentran almacenados en servidores tanto nacionales como internacionales, por lo cual, el cliente expresamente acepta su autorización de dicho tratamiento a su información personal, salvo que notifique su decisión contraria por escrito.

Lugar: Fecha: Día Mes Año

Firma del Asegurado o Representante Legal

B. Para ser llenado por el contratante

Nombre del contratante: N° de Póliza:

Fecha de Ingreso a la Empresa Contratante: Vigencia de Póliza:

Lugar: Fecha: Día Mes Año

Firma y Sello del Contratante

B. Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del Médico Tratante: C.I./RUC:

Especialidad: Teléfono: Dir. Consultorio:

Nombres y Apellidos del paciente: Fecha de Atención:

Antecedentes clínicos quirúrgicos:

Motivo de Consulta: Tipo de Atención: Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐

La condición actual del paciente se debe a: 1. Enfermedad ☐ 2. Accidente ☐ 3. Otros

Describe el procedimiento realizado:

Diagnóstico (s) Presuntivo (s) o Definitivo (s):

Tratamiento Clínico o Quirúrgico:

CIE:

Firma y Sello del Médico Tratante

Formulario de aviso de siniestro

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Certifico que la información anterior es verídica y está descrita en la Historia Clínica del paciente

El asegurado de Seguros Atlántida para el trámite de reembolso incurrido por gastos médicos por accidente, deberá presentar lo antes posible los documentos que se detallan como requisitos, los mismos que facilitarán la liquidación en el tiempo estipulado en la póliza.

Seguros Atlántida reconocerá únicamente las atenciones prestadas por los Médicos Titulados o especialistas registrados en el SENESCYT.

REQUISITOS INDISPENSABLES

Se deberán llenar todos los campos del Formulario de Reclamación por Accidente en forma completa y legible.

No se aceptarán formularios, facturas, recetas, pedidos u otros documentos con tachones, borrones, enmendaduras, rotos o en mal estado. Las facturas originales deberán cumplir con todos los requisitos del S.R.I. y en ellas constará el nombre del Asegurado. Las facturas por atenciones de menores de edad deberán ser emitidas a nombre del Representante Legal, con el detalle de la atención del asegurado.

Facturas Electrónicas: Presentar las facturas **impresas** para el trámite de reclamación. No se aceptarán documentos sin valor tributario.

Seguros Atlántida se reserva el derecho de auditoría de todos los documentos habilitados para la reclamación. Todo trámite que no cumpla con los requisitos exigidos por la Compañía, no serán considerados para el pago.

C. Autorización para pago de la reclamación por accidente mediante transferencia bancaria

Yo con C.I./PAS/RUC:

solicito y autorizo a Seguros Atlántida proceda con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, conforme lo obliga el literal i) del artículo 25, Capítulo III, libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero y a la Resolución Nro. SCVS-INS-2018-0007 expedida por la Superintendencia de Compañías publicada el 19 de marzo de 2018 en su Artículo 1, numeral 1.4, para lo cual detallo libre y voluntariamente la información requerida para la acreditación del mencionado pago a la cuenta:

Banco:

Tipo de cuenta: Ahorros: ☐ Corriente: ☐

N° de cuenta:

RUC / CI del asegurado:

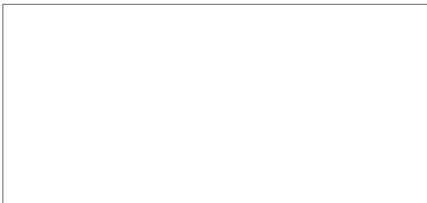
Correo electrónico:

N° de celular:

Declaro que una vez efectuada(s) la(s) transferencia(s) bancaria(s) autorizada por este medio y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes detallada, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago, desde la fecha en la que se efectuó la referida transferencia y por lo tanto, también tendrá calidad de finiquito de las obligaciones que la aseguradora mantenía con cargo a la póliza en la que soy asegurado/beneficiario. Acepto que una vez efectuada la correspondiente transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo –judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni el presente ni el futuro, en contra de Seguros Atlántida por ningún concepto derivado de (los) siniestro (s) liquidado (s).

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente documento son correctos y fidedignos, por lo que, libero de responsabilidad a Seguros Atlántida por errores derivados de una inexacta entrega de información de mi parte. Así mismo declaro que los fondos solicitados para que me sean entregados y que recibiré por parte de Seguros Atlántida, por la(s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador. Faculto a Seguros Atlántida a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que pueda utilizar o entregar dicha información a las autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a Seguros Atlántida, de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.



Firma del Asegurado, Beneficiario o Representante Legal

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control ha asignado al presente Formulario el Registro No. SCVS-3-4-SF-2-242004419-29052020 de 29 de mayo de 2020.