

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO DE VIDA

Fecha de notificación:

PÓLIZA No.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:	Nombres:	
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	
Empresa:	Correo electrónico:	
Ciudad:	Teléfono:	Celular:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:	Nombres:	
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	
Celular:	Correo electrónico:	

Descripción de lo ocurrido:

DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:	
Diagnóstico específico de la enfermedad/ muerte, hospitalización, otros	
Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación por esta enfermedad? Indique el porcentaje	
Nombre del médico tratante:	
Sello y firma médico tratante	Fecha

DECLARACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital o clínica:	
Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:
Diagnóstico:	
El valor de su reclamo asciende a:	

Al presente formulario se deberá adjuntar todos los documentos que se detallan en las condiciones establecidas en su contrato.

Autorizo a Seguros del Pichincha, a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria:

Banco:

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

No. de Cuenta:

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____

“La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario el número de registro 49147 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00029726-O del 06 de abril de 2018.