

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

AVISO DE SINIESTRO (Fallecimiento)

Introducción: *Sírvase completar este formulario en letra de imprenta legible. Le agradeceremos contestar todas las preguntas con precisión y divulgar toda la información completa. Si no hubiera espacio suficiente para alguna respuesta, por favor, continúe en una hoja de papel aparte y adjúntala al presente. En caso de ser necesarios nos reservamos el derecho de solicitar más detalles en base a las respuestas proporcionadas.*

1. Datos del Tomador / Contratante:

Razón Social:		CI, RUC o Pasp:
Dirección:		
Ciudad:	Provincia:	Teléfono:
Email:		

2. Datos del Denunciante:

Nombres y apellidos:		CI, RUC o Pasp:
Dirección:		
Ciudad:	Provincia:	Teléfono:
Email:		
En calidad de:	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Tercero <input type="checkbox"/>
	Apoderado* <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

(* Debe presentar la copia del poder que así lo designe.

3. Información sobre el Asegurado:

Asegurado titular <input type="checkbox"/>		
Nombres y apellidos:		
Cédula de ciudadanía, identidad o pasaporte:		
Proporcione el(los) número(s) de la(s) póliza(s) contratada(s) con esta Compañía:		
Fecha de fallecimiento:		
Dirección:		
Ciudad:	Provincia:	Teléfono:
Beneficios sociales:		

4. Fallecimiento por enfermedad:

Enfermedad o enfermedades que produjeron el fallecimiento:		
Lugar del fallecimiento:		
Fecha en la que el Asegurado se enfermó:		
¿El Asegurado tomaba alguna medicación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, indique cuál:		
Fecha de la consulta inicial con su médico por su última enfermedad:		
Fecha del último día de trabajo habitual:		
Por favor, nombre a todos los médicos que atendieron y/o recetaron al Asegurado durante los últimos 5 años:		
Proporcione detalles de todos los seguros emitidos sobre la vida del Asegurado:		
Compañía aseguradora	Fecha de emisión de la póliza	Suma asegurada

Por favor, proporcione detalles sobre los beneficios sociales y/o medicinas prepagadas que hayan cubierto al Asegurado durante los últimos 5 años:

5. Datos del siniestro:

Fecha de ocurrencia:
Describa la enfermedad o lesión que origina el reclamo:
Descripción del accidente (<i>Por favor, especifique circunstancias, hora y lugar del hecho</i>)
Testigos del accidente:
Nombre completo:
Teléfonos de contacto:
Nombre completo:
Teléfonos de contacto:
Nombre completo:
Teléfonos de contacto:

6. Descripción de las lesiones sufridas:

Tipo de lesión:	
Diagnóstico:	
Pronóstico:	
Tratamiento indicado:	
Duración del tratamiento:	
Lugar del tratamiento:	
Nombre del médico tratante:	
Matrícula:	Teléfono:
¿Posee un seguro de similares características al contratado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

7. Datos del Reclamante, Beneficiario o Representante

Nombres y apellidos:		
Dirección:		
Ciudad:		
Email:		
Relación con el Asegurado:		
Fecha de nacimiento:		
Cédula de ciudadanía:		Nacionalidad:
Estado civil:	Ocupación:	Profesión:

8. Documentación a presentar en caso de fallecimiento por enfermedad:

<ol style="list-style-type: none">1. Partida de nacimiento del Asegurado o copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.2. Partida de defunción del Asegurado.3. Informe y certificado del o los médicos tratantes.4. Certificado de inhumación y sepultura.5. Copias de las cédulas de ciudadanía de los Beneficiarios, si estos son personas naturales, o del nombramiento y cédula del representante legal si el Beneficiario es una persona jurídica.6. Certificado emitido por el Solicitante sobre la pertenencia del Asegurado fallecido al Grupo Asegurado o Certificado individual del seguro.7. Posesión efectiva otorgada a favor de los Beneficiarios legales, en el evento de que el Asegurado no hubiese designado, expresamente, Beneficiarios en las condiciones particulares de la Póliza.

8. Copia del protocolo de autopsia si la causa de muerte lo amerita.
9. Copia del levantamiento del cadáver e historia clínica (en caso de existir).
10. Certificación del monto de la deuda si el Beneficiario es un acreedor.
11. Copia de la planilla de aporte al IESS en los casos en que se requiera probar la dependencia laboral.
12. Copia completa de la historia clínica.
13. Copia de estudios, diagnósticos, de ser el caso.
14. Copia de biopsia diagnosticada o protocolo anatomopatológico.
15. Documentación de respaldo del monto a liquidar, de ser el caso (últimos recibos de sueldo o rol de pagos, resumen de deudas, etcétera).

9. Instrucciones para el cobro del beneficio:

En caso de la aceptación del reclamo, el Reclamante recibirá el monto de la liquidación mediante una transferencia bancaria a una cuenta bancaria de su titularidad, previa la firma del recibo de indemnización correspondiente.

Será necesario adjuntar a su solicitud:

Una copia del extracto de su cuenta bancaria o un certificado emitido por el banco, en el que consten: nombre del banco; titular, tipo y nombre de la cuenta y número de identificación del titular. Si se trata de un extracto de la cuenta, se aceptará la impresión del resumen electrónico, siempre y cuando se encuentre legible el logo del banco y esté certificada como auténtica copia. Si se trata de un certificado del banco, este deberá constar en papelería del banco y con un sello de quien certifica con la indicación del cargo de quien suscribe. En ambos casos, la fecha del documento no deberá exceder de los últimos tres meses.

10. Declaración del Reclamante, Beneficiario o Apoderado:

Por la presente, en la calidad en la que suscribo, declaro que:

1. Todas las respuestas que aporté son, a mi mejor conocer y entender, verdaderas; y, reconozco que todas mis declaraciones por escrito y/o las declaraciones de todos los médicos que atendieron o trataron al Asegurado, y que todo documento requerido por la Compañía, formarán parte de las pruebas del fallecimiento.
2. Entiendo que el hecho del suministro, y posterior recepción del presente formulario y cualquier otra documentación que hubiera sido requerida, no será considerado una aceptación del reclamo por parte de la Compañía.
3. Presto mi conformidad para que todo médico o institución médica que hubiera atendido al Asegurado con referencia a todo lo que pudiera afectar a su salud física y/o mental, suministre información al respecto a la Compañía, renunciando por mí y por cualquier otro representante a las reservas del caso y declarando que toda información en copia será considerada tan efectiva y válida como el original.

Firma del Reclamante, Beneficiario o Apoderado	Ciudad y fecha:
Firma del Denunciante	Ciudad y fecha:

El Contratante y/o asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, por efectos de control, ha asignado al presente formulario el número de registro 51646, con oficio SCVS-INS-DNCTSR-2019-00025092-O de 18 de abril de 2019.