

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE Y EL MEDICO TRATANTE

COMO PRESENTAR SU RECLAMO

1. Complete la Sección A.
2. Presentar este Formulario a su contratante.
3. Solicitar a su médico que complete la sección C.
4. Adjuntar todas las facturas originales de la clínica y el médico.

SECCIÓN "A" PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

Asegurado Titular _____
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Paciente: _____ El Mismo Cónyuge Hijo

Indique síntomas de la dolencia: _____

En caso de accidente : Cuando ocurrió: _____ Lugar: _____
dia/mes/año

Cómo Ocurrió: _____

En caso de enfermedad indicar: Fecha que inicio el tratamiento: _____
dia/mes/año

Nombre del médico consultado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Estuvo anteriormente internado por la misma dolencia? Si No Si es afirmativo indique: Fecha: _____
dia/mes/año

Duración: _____ Médico: _____ Hospital o Clínica: _____

Certifico que las declaraciones que se consignan, así como las facturas que se adjuntan son verídicas y ajustadas a la realidad. Autorizo al hospital o clínica, así como a los médicos tratantes, para que suministren a PANAMERICANA DEL ECUADOR S. A. cualquier información, datos de mi historia clínica, exámenes de laboratorio, etc. dispensándoles del secreto profesional. La entrega de este formulario y la investigación que se adelante no podrá interpretarse como aceptación de responsabilidad por parte de PANAMERICANA DEL ECUADOR S. A. Cualquier error, simulación o fraude por parte del reclamante privará a éste y a sus dependientes de todo derecho a los beneficios bajo la póliza. Es indispensable que se acompañen todos los comprobantes originales de las cuentas pagadas.

Lugar: _____ Fecha: _____ Firma del Asegurado Titular: _____
dia/mes/año

SECCIÓN "B" PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

Nombre del Contratante: _____

Nombre del Asegurado: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de ingreso a la Empresa Contratante: _____ Vigencia de su Seguro: _____
dia/mes/año dia/mes/año

Lugar: _____ Fecha: _____ Firma y sello: _____
dia/mes/año

IND - 01 F2

