



ASEGURADORA DEL SUR

QUITO: Av. Republica de El Salvador N34-211 y Moscu Pisos 1-8-9-10-11 • Telfs.: 593 (02) 226 9780 / 226 9781 / 226 9740 / 226 9741 • Fax: 593 (02) 246 7983 / 224 1452 / 224 1473 / 226 9748 / 226 9749 • E-mail: asegsur1@asegsur.com.ec • CENTRO DE SERVICIOS: Checoslovaquia 580 y Surza PB Telfs.: (02) 333 0473 / 333 1590 / 333 0484 / 333 1591 • Fax: (02) 333 1589 IBARRA: Bolivar 7-18 y Pedro Moncayo, Ed. El Palacio Piso 2 • Telfs.: (06) 264 0920 / 264 0868 / 295 2038 / 235 1919 • Fax: (06) 264 0920 E-mail: asesuri@mbanet.net PORTOVIEJO: Av. América y Reales Tamarindos, esq. • Telfs.: (05) 263 2508 / 263 2647 / 263 2669 • Fax: (05) 263 2494 E-mail: asesuro2@mb.satnet.net MANTA: Av. Flavio Reyes 1711 (Diagonal a Velvoni) Telfs.: (05) 2626-503 / 2623-483 / 2625-751 AMBATO: Av. Los Guayumbos 04-176, frente a Supermaxi • Telfs.: (03) 282 9299 / 282 8211 / 282 8213 • Fax: (03) 282 8534 RIOBAMBA: Primera Constituyente 3990 y Carlos Zambrano • Telfs.: (03) 294 1063 / 295 1320 • Fax: (03) 296 5040 • E-mail: asesurrio@andinanet.net MACHALA: Calle Rocafuerte 637 y Tarqui • Telfs.: (07) 293 7524 / 293 7558 • Fax: (07) 293 7584 E-mail: asegsurm@oro.satnet.net CUENCA: Av. Ordoñez Lazo, Ed. Orebrí • Telfs.: (07) 283 9271 / 283 6271 / 283 2832 • Fax: (07) 283 5266 • E-mail: asegur@cue.satnet.net LOJA: Av. Orillas del Zamora -entre Segundo Puertas Moreno y Clodoveo Carrión- (Ed. Aseguradora del Sur) • Telefax: 2583-955 • E-mail: asegur@loja.telconet.net

FORMULARIO DE RECLAMACION (DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES PERSONALES)

Póliza N° ..... Reclamo N° .....

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Sr. ( ) Sra. ( ) Srta.( ) ..... Nombres y Apellidos ..... Edad ..... Sexo .....

2. Dirección .....

3. Ocupación .....

4. Obligaciones .....

5. Describa la lesión .....

6. El Accidente:

Cuándo ocurrió ? ..... 200 ..... a ..... am. ( ) pm. ( )

Dónde ocurrió ? .....

Cómo ocurrió ? .....

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

- 1. Completar la sección A.
2. Solicitar a su médico de cabecera complete la Sección A
3. Presentar este formulario a la Compañía Aseguradora con facturas detalladas de los médicos y clínicas

7. Nombre y Dirección del PRIMER médico consultado: .....

8. De la fecha de la PRIMERA vista ..... 200 ..... Día Mes Año

9. De el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que le asisten por esta lesión .....

10. Estuvo hospitalizado por esta lesión ? Si ..... No ..... En caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital .....

Fecha de ingreso .....

11. Totalmente incapacitado: Desde ..... Hasta .....

Parcialmente incapacitado: Desde ..... Hasta .....

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a la ASEGURADORA DEL SUR C.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos Exámenes de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma en su completa satisfacción.

Fecha, ..... del 200..... Firma del Asegurado .....

Adjunte por separado las Facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los Profesionales que intervienen en el caso. (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

