HDI SEGUROS

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:**

Parentezco: **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 HDI-Seguros S.A., 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 HDI-Seguros S.A.
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, HDI-Seguros S.A. 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**

Describa 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 HDI-Seguros S.A. 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.
HDI-Seguros S.A. 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.

HDI-Seguros S.A. 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 HDI-Seguros S.A. 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 HDI-Seguros S.A. 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 HDI-Seguros S.A. 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 HDI-Seguros S.A., por la(s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador. Faculto a HDI-Seguros S.A. 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 HDI-Seguros S.A., 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.