

Tutorial para llenado de Formulario reclamación Seguro de Responsabilidad Civil Médica



PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA NOTIFICAR EL RECLAMO A LA ASEGURADORA PARA ACTIVACION DEL SEGURO

Favor tomar en cuenta las siguientes recomendaciones, caso contrario la Aseguradora no podrá proceder con el análisis del caso y autorizar la cobertura del reclamo:

- ❖ Favor llenar todos y cada uno de los requerimientos solicitados en el formulario.
- ❖ De no tener la información sobre su póliza a mano, favor solicitar copia de la caratula al bróker.
- ❖ Una vez tenga listo el formulario, favor enviarlo por correo electrónico a :
 - ❖ Persona de Contacto : Carolina Díaz
 - ❖ Correo de contacto: cdiaz@belivebesure.com
 - ❖ Copia correo: plopez@amaseguros.ec
- ❖ Además se deberá adjuntar:
 - ❖ Copia del consentimiento informado
 - ❖ Copia de historia Clínica (De ser un documento muy extenso, favor coordinar con el bróker para la entrega de la misma).

Cualquier requerimiento adicional, favor coordinarlo con su bróker **BELIVE BESURE:**

Persona de Contacto: Carolina Díaz
Teléfono de Contacto: 0999 836 178

PRIMERA PARTE PRIMERA PAGINA - FORMULARIO RECLAMACION SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO

No. Póliza de la póliza contratada

Monto del seguro que contrató

Grupo bajo el cual están asegurados (Sociedad ó Asociación)

Fecha de 1ra. Consulta con el reclamante

Nombre completo del asegurado

Especialidad principal

Teléfono celular

AMA
AMÉRICA SEGUROS
Los Seguros de los Profesionales de la Salud
Av. Orellana E11-75 y Av. Coruña, Edif. Albra. Bajo, Local 102
Quito-Ecuador
Tel. +593 (2) 3826137 / +593 (2) 3826127 / +800 AMA AMA (262 262)

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - PARTE DE RECLAMACIÓN

N° Póliza: _____ Actividad contratada: _____
 Capital Asegurado: _____ Fecha efecto: _____
 Tomador: _____
 N° EXPEDIENTE: _____ Fecha Acto Médico: _____ Fecha escrito reclamación: _____
 Fecha Notificación al Asegurado: _____

DATOS DEL ASEGURADO (Rellénes con mayúsculas)

1er Apellido	2º Apellido	Nombre	Profesión
Especialidad	Domicilio	Provincia	
Teléfono:		Email:	

¿Existía en la fecha del siniestro o de la reclamación póliza contratada por usted, por el Colegio, o por el Centro donde presta sus servicios, con otra Compañía Aseguradora? y n° póliza.....
 En caso afirmativo indique qué compañía:
 ¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra compañía? Si No
 En caso negativo indique las razones:

Tipo de Seguro Contratado

Fecha de vigencia del seguro

Fecha del escrito recibido

Fecha de notificación al agente del reclamo

Profesión

Dirección del domicilio y provincia

Esta activo otro seguro por parte de la institución donde trabaja ?

Si tiene otro seguro activo porque no hizo la reclamación al otro seguro?

SEGUNDA PARTE PRIMERA PAGINA - FORMULARIO RECLAMACION SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO

Procedimiento realizado que origina el reclamo
 Nombre del procedimiento realizado
 Valor por el que esta demandando el paciente
 Institución donde se realizó el procedimiento
 Daños médicos reclamados
 Datos familiares del demandante

ACTO PROFESIONAL ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS. Código		TIPO DE RECLAMACIÓN	
.....		Extrajudicial <input type="checkbox"/>	Verbal <input type="checkbox"/>
.....		Judicial <input type="checkbox"/>	Escrita <input type="checkbox"/>
.....		Civil <input type="checkbox"/>	
.....		Penal <input type="checkbox"/>	
.....		Admtva. <input type="checkbox"/>	
.....		C. Admntva. <input type="checkbox"/>	
Tipo procedimiento:	Juzgado:		
Cuántía reclamada:	<input type="text"/>		
Centro sanitario:	Publico <input type="checkbox"/>		
Daños:	Privado <input type="checkbox"/>		
	Concertado <input type="checkbox"/>		
Otros profesionales intervinientes:			
Nombre y Apellidos	Especialidad	Compañía Aseguradora	
.....	
PERJUDICADO			
Nombre y Apellidos		Estado Civil	
Sexo:	Edad:	Domicilio:	
.....	
Provincia:		Teléfono:	
.....		
Otras circunstancias (n° de hijos, profesión, etc.):			
.....			

Forma de reclamación recibida
 Tipo de institución
 Otros profesionales que fueron notificados y si tienen seguro
 Nombre Completo del Paciente ó demandante

PRIMERA PARTE SEGUNDA PAGINA - FORMULARIO RECLAMACION SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO

RECLAMANTE: Nombre y Apellidos:
Domicilio:
Provincia: Teléfono: Actúa en calidad de:

Nombre del paciente o familiar que realiza la demanda

RESERVA INICIAL

GARANTÍA		

Información llena AMA

HISTORIA CLÍNICA

- Existe consentimiento informado escrito si no
- Existe protocolo de tratamiento, operación, etc. si no
- Existe seguimiento escrito del tratamiento si no

En caso de respuestas afirmativas deberá acompañar a este escrito copia de los documentos que correspondan

Confirmar los documentos que existan y que servirán como respaldo legal

SEGUNDA PARTE SEGUNDA PAGINA - FORMULARIO RECLAMACION SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICO

Información ser
llenada por la
Aseguradora

ABOGADO ASIGNADO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Todo cuanto antecede se corresponde con la verdad, declarándolo y firmándolo con conocimiento pleno.

Fecha de cuando se
llena este documento

En _____ a _____ de _____ de _____

El Asegurado

El Tomador

Firma del Asegurado

Firma del tomador si
es diferente al
Asegurado

The diagram shows a white rectangular form with a yellow footer bar. On the left side, there is a grey vertical bar containing four labels in black text. Red arrows point from these labels to specific parts of the form: a bracketed arrow from 'Información ser llenada por la Aseguradora' points to the 'ABOGADO ASIGNADO:', 'DIRECCIÓN:', and 'TELÉFONO:' fields; an arrow from 'Fecha de cuando se llena este documento' points to the date line 'En _____ a _____ de _____ de _____'; an arrow from 'Firma del Asegurado' points to the signature line 'El Asegurado'; and an arrow from 'Firma del tomador si es diferente al Asegurado' points to the signature line 'El Tomador'. The form also contains a paragraph of text: 'Todo cuanto antecede se corresponde con la verdad, declarándolo y firmándolo con conocimiento pleno.'

NO OLVIDE

Favor llenar todos y cada uno de los requerimientos solicitados en el formulario.

Una vez tengan listo el formulario, favor enviarlo por correo electrónico a :

- Persona de Contacto : Carolina Díaz
- Correo de contacto: cdiaz@belivebesure.com
- Copia correo: plopez@amaseguros.ec
- Favor confirmar su envío a su bróker

Además se deberá adjuntar:

- Copia del consentimiento informado
- Copia de historia Clínica (De ser un documento muy extenso, favor coordinar con el bróker para la entrega de la misma).

Persona de Contacto

Carolina Díaz H.

Teléfono de contacto

0999 836 178

Correo electrónico

cdiaz@belivebesure.com

Web: www.belivebesure.com