



AMA
América Seguros
ECUADOR

LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Seguro de Responsabilidad Civil



AVISO DE SINIESTRO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, OTRAS PROFESIONES DEL SECTOR DE LA SALUD Y SOCIEDADES DE LA SALUD

N.º Póliza:				Actividad contratada:			
Capital Asegurado:				Tomador:			
Fecha de inicio de vigencia:	Día:	Mes:	Año:	Fecha de efecto:	Día:	Mes:	Año:
N.º Expediente:				Fecha del Acto Médico:	Día:	Mes:	Año:
Fecha de manifestación del daño:	Día:	Mes:	Año:	Fecha de reclamación al Asegurado:	Día:	Mes:	Año:
DATOS DEL ASEGURADO (RELLENAR CON MAYÚSCULAS)							
1.º Apellido:		2.º Apellido:		Nombre:			
Profesión:		Especialidad:					
Domicilio:				Provincia:			
Teléfono:			Email:				
¿Existía en la fecha del siniestro o de la reclamación alguna otra póliza que le brinde cobertura para este evento con otra Aseguradora? En caso afirmativo, indique:							Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
Compañía:				N. De Póliza:			
Capital Asegurado (USD):							
¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra compañía? Si: <input type="radio"/> En caso negativo, indique las razones: No: <input type="radio"/>							

ACTO PROFESIONAL: ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS

Evento médico:							
Daños:							
Centro sanitario:				Público: <input type="radio"/> Privado: <input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/>			
Tipo de Reclamación:	Extrajudicial: <input type="radio"/>	Civil: <input type="radio"/>	Administrativa: <input type="radio"/>	Contencioso Administrativo: <input type="radio"/>	Verbal: <input type="radio"/>	Escrita: <input type="radio"/>	
Tipo de Procedimiento:							
Juzgado:							
Cuantía reclamada:							

OTROS PROFESIONALES INTERVINIENTES

Nombre y Apellidos:	Teléfono:
Especialidad:	Compañía Aseguradora:
Nombre y Apellidos:	Teléfono:
Especialidad:	Compañía Aseguradora:
Nombre y Apellidos:	Teléfono:
Especialidad:	Compañía Aseguradora:
Nombre y Apellidos:	Teléfono:
Especialidad:	Compañía Aseguradora:

Nombres:			Apellidos:		
Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Sexo: M: <input type="checkbox"/>	F: <input type="checkbox"/>
	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación: C.I. <input type="checkbox"/>	RUC <input type="checkbox"/>
Edad:	Domicilio:				
Provincia:	Teléfono:			Profesión:	
Otras circunstancias:					

RECLAMANTE

(Llenar en el caso que la persona que reclama no sea el paciente).

Nombres:			Apellidos:		
Tipo de Identificación: C.I. <input type="checkbox"/>	RUC <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	Número de Identificación:	Teléfono:	
Domicilio:				Provincia:	
Actúa en calidad de:					

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

1. Consentimiento informado escrito.	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>
2. Protocolo de tratamiento, operación, etc.	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>
3. Seguimiento escrito del tratamiento (anotaciones HC).	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>
4. Presupuesto de reparación del daño o el valor del reclamo.	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>
5. Notificación o documento legal emitido por autoridad competente.	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>
6. Comunicación o queja del reclamante.	Si: <input type="checkbox"/>
	No: <input type="checkbox"/>

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

PARA USO EXCLUSIVO DE AMA AMÉRICA SEGUROS

ABOGADO ASIGNADO: _____

TELÉFONO: _____

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

FIRMADO EN:

Día:		Mes:		Año:	
------	--	------	--	------	--

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL TOMADOR

NOTA: La Superintendencia de Compañías, valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente solicitud el No. Registro SCVS-14-21-SF-56-284004423-12062023.

QUITO
Av. Orellana E11-75 y Av. Coruña,
Edf. Albra. Bajo,
Quito-Ecuador
Tel. +593 (2) 3826137
+593 (2) 3826127
0983074971
1800 AMA AMA (262 262)

GUAYAQUIL
Av. Jose Orrantia y
Av. Leopoldo Benítez.
Edf. Trade Building,
Torre B, Of 630.
Guayaquil-Ecuador
Tel. 0992839708
+593 (4) 3951539

MANTA
Vía. Barbasquillo
Hospital Umiñamed, Of. 204
Manta-Ecuador
Tel. 0986190428
+593 (5) 2452425

PORTOVIEJO
Colegio de Médicos de Manabí.
Vicente Mendoza y
Cda. Municipal - Portoviejo,
Manabí-Ecuador.
Tel. 0983776255
+593 (5) 2630608

LOS SEGUROS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

www.amasegurosamerica.ec

SIGUENOS:    

LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD





AMA
América Seguros
ECUADOR

LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Seguro de Responsabilidad Civil



PARA USO EXCLUSIVO DE AMA AMÉRICA SEGUROS:

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE LOS HECHOS QUE ORIGINAN LA RECLAMACIÓN:

Lined area for the insured to describe the facts that give rise to the claim.

FIRMADO En:

Día:		Mes:		Año:	
------	--	------	--	------	--

FECHA

PROFESIONAL DE LA SALUD