



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, PROFESIONALES DE LA SALUD Y SOCIEDADES MÉDICAS.

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: ☐ No: ☐
Compañía:					N. De Póliza:				
Capital Asegurado (USD):									
¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra compañía? Si: ☐ En caso negativo, indique las razones: No: ☐									

ACTO PROFESIONAL: ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS

Evento médico:									
Daños:									
Centro sanitario:						Público: ☐ Privado: ☐ Otro: ☐			
Tipo de Reclamación:		Extrajudicial: ☐		Civil: ☐		Administrativa: ☐		Contencioso Administrativo: ☐	
		Judicial: ☐		Penal: ☐				Verbal: ☐ Escrita: ☐	
Proceso Legal:									
Autoridad Competente:									
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 ☐	Unión Libre ☐	Viudo ☐	Sexo:	M: ☐ F: ☐
	Casado ☐	Divorciado ☐		Tipo de Identificación:	C.I. ☐ RUC ☐ PAS ☐
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. ☐ RUC ☐ PAS ☐	Número de Identificación:	Teléfono:		
Domicilio:				Provincia:	
Actúa en calidad de:					

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

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

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

CUENCA
Tel. 0958823854

LOS SEGUROS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

www.amasegurosamerica.ec

SIGUENOS:



AMA
América Seguros
ECUADOR



LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

