

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? Si: ◯ No: ◯
En caso afirmativo, indique:

Compañía:	N. De Póliza:
Capital Asegurado (USD):	

¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra compañía? Si: ◯ No: ◯
En caso negativo, indique las razones:

ACTO PROFESIONAL: ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS

Evento médico:

Daños:

Centro sanitario: Público: ◯ Privado: ◯ Otro: ◯

Tipo de Reclamación: Extrajudicial: ◯ Judicial: ◯ Civil: ◯ Penal: ◯ Administrativa: ◯ Contencioso Administrativa: ◯ 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:

PERJUDICADO

Nombres:			**Apellidos:**	
Estado Civil: Soltero ◯ Unión Libre ◯ Casado ◯ Divorciado ◯ Viudo ◯	**Sexo:** M: ◯ F: ◯	**Tipo de Identificación:** C.I RUC ◯ PAS ◯	**Número de Identificación:**	
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
098 307 4971
1800 AMA AMA (262 262)

GUAYAQUIL
Av. Francisco de Orellana,
Edf. World Trade Center,
Planta Baja, Local 54
Guayaquil-Ecuador
Tel. 099 283 9708
+593 (4) 391 3333

MANTA
Vía. Barbasquillo
Hospital Umiñamed, Of. 204
Manta-Ecuador
Tel. 098 619 0428
+593 (5) 245 2425

CUENCA
Tel. 095 882 3854

LOS SEGUROS DE LOS **PROFESIONALES DE LA SALUD**

www.amasegurosamerica.ec **SIGUENOS:**

AMA América Seguros ECUADOR

A.M.A. GRUPO | A.M.A. agrupación mutual aseguradora | Ama Vida Seguros de vida para profesionales sanitarios | A.M.A. agrupación mutual aseguradora Fundación A.M.A. | AMARenting El Renting de los sanitarios

