

**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Código: FIN.06.PR.01.FO.01  
Fecha del versionamiento: marzo - 2026  
Versión: 02  
Clasificación: Confidencial

SINIESTRO NRO. NUEVO: ALCANCE: ESTE DOCUMENTO DEBE CONTENER LETRA LEGIBLE, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS**DATOS GENERALES DEL TITULAR**TITULAR ACTIVO TITULAR JUBILADO Nombre Completo del Titular: Nro. Cédula de Ciudadanía: Ciudad de Trabajo: Email: Nro. de Rol: Gerencia /Subgerencia: **DATOS DEL PACIENTE ATENDIDO**Nombre Completo del Paciente: Parentesco con el Titular: Edad: Fecha de Nacimiento: Nro. Cédula de Ciudadanía: 

Día: ..... Mes: ..... Año: .....

AUTORIZO que la Jefatura de Seguros de la EP PETROECUADOR, solicite según su criterio, información médica adicional y cualquier otro tipo de información que considere necesaria. Además garantizo que NO haré uso fraudulento del presente reembolso en un Seguro Privado.  
Los datos personales proporcionados en este formulario serán tratados por EP PETROECUADOR con la finalidad de gestionar el reembolso de gastos médicos. Cuando el monto del reembolso del Titular Activo exceda el límite establecido, sus datos serán transferidos a la Aseguradora correspondiente para la validación respectiva Sus datos serán tratados de manera confidencial, aplicando medidas de seguridad adecuadas y conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Móvil: .....

Extensión: .....

Firma del Titular: Teléfono del Titular: **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:**NO: SI: SEGURO PRIVADO: TITULARES ACTIVOS: **INFORMACIÓN MÉDICA**Nombre Completo del Médico Tratante: Nro. Cédula de Ciudadanía: Dirección del Centro de Atención Médica: Teléfono: Nombre Completo del Paciente: DIAGNÓSTICO(S) CIE 10:  
.....  
.....**PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS PROPORCIONADOS**  
.....  
.....**CERTIFICO** que toda la información aquí proporcionada es completa, verídica y correcta.

Los datos profesionales consignados por el médico en este formulario se registran como constancia de la revisión médica realizada al paciente. Estos datos serán tratados conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Firma (Manual) y Sello del Médico Tratante (Original)

Ciudad y Fecha: