

LONG LIFE SEGUROS LLS EMPRESA DE SEGUROS S.A.

Av. Francisco de Orellana #238 Edificio Banco Amazonas, Piso 3 Teléfono: 04 268 0859
Guayaquil - Ecuador

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

PÓLIZA N°: _____ FECHA DE PRESENTACIÓN: _____

A) NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:

Ocupación: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ C.I. o Pasaporte: _____

Estado Civil: _____ Sexo: M ___ F ___ E-mail: _____ Celular: _____

Dirección Domicilio: _____ Teléfono: _____

Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____

B) NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE (en caso de muerte accidental)

C.I. o Pasaporte: _____ Parentesco: _____

Estado Civil: _____ Sexo: M ___ F ___ E-mail: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

C) DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____

Descripción de la lesión: _____

Donde ocurrió: _____

Como Ocurrió (describa minuciosamente y sin omitir detalles): _____

Nombre del Médico consultado: _____ Telf.: _____

Fecha de la primera visita al médico: Día ___ Mes ___ Año ___

Estuvo Hospitalizado a causa de este accidente: Si No en caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____ Telf.: _____

Fecha de Ingreso: desde _____ Hasta _____

CERTIFICO, que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y ajustadas a la realidad y autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y a todas las clínicas u hospitales para que suministren a LONG LIFE SEGUROS LLS EMPRESA DE SEGUROS S.A., cualquier información incluyendo copias exactas y certificadas de sus archivos relacionados con el accidente que motiva esta reclamación.

ACEPTO, que todas las respuestas que se efectuó, no podrá interpretarse como aceptación de Responsabilidad de la compañía de Seguros.

Cualquier solicitud fraudulenta privará al asegurado y beneficiarios de todo derecho a los beneficios de esta póliza.

Lugar y Fecha

Firma del Reclamante

LONG LIFE SEGUROS LLS EMPRESA DE SEGUROS S.A.

Av. Francisco de Orellana #238 Edificio Banco Amazonas, Piso 3 Teléfono: 04 268 0859
Guayaquil - Ecuador

D) CONTRATANTE (para ser llenado por el contratante):

Dirección: _____ Teléfono _____ Ciudad _____

Fecha de Ingreso a la Empresa: _____ Fecha de Vigencia: _____

Fecha _____ Firma y Sello de la Empresa _____

E) MEDICO TRATANTE (para ser llenado por el médico)

Nombre del Asegurado: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Diagnostico Completo: _____

Si se practicó cirugía, describa la operación: _____

Donde efectuó la operación: _____ Fecha Operación: _____

Ordeno Usted Hospitalización: Si No Nombre del Hospital: _____

Indique número de días de internamiento: Desde: _____ Hasta: _____

Fechas en que atención al paciente en el hospital: _____

Según su opinión, cuando se origino la causa básica de esta lesión: _____

Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente incapacitado por esta lesión:

Desde: _____ hasta: _____

Observaciones: _____

Honorarios del Médico Tratante (excluya anestesia y ayudantes):

Por Hospitalización: US\$ _____ Por total consultas ambulatorias: US\$ _____

Nombre del Medico Tratante: _____

Dirección: _____ Telf.: _____

Registro Colegio Medico: _____ R.U.C.: _____ Celular: _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello de Médico u Hospital

F) OTROS SEGUROS

Si tiene otro seguro indique: Compañía: _____

Cobertura _____ Valor Asegurado _____

Ha presentado reclamación sobre este mismo caso: _____