

# 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 DE ASISTENCIA MÉDICA

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

PÓLIZA N°: \_\_\_\_\_ FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

**Forma de Presentar su reclamo:**

1. Complete la Sección A y D.
2. Presentar este formulario a su Contratante
3. Solicitar a su Medico que complete la sección C.
4. Adjuntar todas las facturas originales de la clínica y del médico.

**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: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Paciente:  El mismo  
 Cónyuge \_\_\_\_\_  
 Hijo \_\_\_\_\_

Descripción de la dolencia: \_\_\_\_\_

**En caso de accidente**

Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Como ocurrió (describa minuciosamente y sin omitir detalles): \_\_\_\_\_

**En caso de Enfermedad**

Fecha que inicio tratamiento: \_\_\_\_\_

Nombre del médico consultado: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Estuvo anteriormente internado por la misma causa: Si No de ser afirmativa indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: 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 la enfermedad, accidente y/o caso quirúrgico de que trata esta Solicitud.

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

## B) CONTRATANTE (Para ser llenado por el contratante)

Contratante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso a la Empresa: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Sello de la Empresa \_\_\_\_\_

## C) MEDICO TRATANTE (para ser llenado por el médico)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_ F \_\_  
Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_ En hospital \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_  
Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_\_  
Atención brindada: Señale en el o los tipos de atención médica:

### HOSPITALIZACION

Por Accidente ( )  
Por enfermedad no quirúrgica ( )  
Por enfermedad quirúrgica ( )  
Por Maternidad ( )

### AMBULATORIO

Por Enfermedad ( )  
Por Accidente ( )  
Por intervención quirúrgica ( )  
Por Maternidad ( )  
Otros: ( )

### DETALLE DE CONSULTAS AMBULATORIAS

Nº de consultas \_\_\_\_\_

Fechas	Valor
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diagnostico Completo: \_\_\_\_\_

Tratamiento Efectuado: \_\_\_\_\_

Si se practicó cirugía, describa la operación: \_\_\_\_\_

En su opinión puede tratarse de un accidente de trabajo o enfermedad profesional: \_\_\_\_\_

En su opinión cuando se origino la causa básica de esta dolencia: \_\_\_\_\_

En su opinión se trata de una enfermedad congénita: \_\_\_\_\_

Ordeno usted interconsulta con otros profesionales: \_\_\_\_\_

En su opinión el paciente ha recuperado su salud o requiere continuar el tratamiento: \_\_\_\_\_

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 Tratante

## D) OTROS SEGUROS

Si tiene otro seguro indique: Compañía: \_\_\_\_\_ Cobertura \_\_\_\_\_ Valor asegurado \_\_\_\_\_

Ha presentado reclamación sobre este mismo caso: \_\_\_\_\_

El Presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No.