

# 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 VIDA INDIVIDUAL

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

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

#### A) NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:

\_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

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

#### B) NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE (en caso de muerte):

\_\_\_\_\_  
C.I. o Pasaporte: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

#### C) CAUSA, LUGAR Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO

Muerte Natural  Gastos Médicos

Muerte Accidental  Renta por Hospitalización

Incapacidad Total  Enfermedades Graves

Desmembración

Descripción de Hechos (describa minuciosamente y sin omitir detalle):

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Donde Ocurrió: \_\_\_\_\_

Como Ocurrió: \_\_\_\_\_

Descripción de la lesión: \_\_\_\_\_

# 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

## E) INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Médico que lo atendió: \_\_\_\_\_

Dirección del Medico: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Fecha de la Atención Médica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

En caso de Hospitalización:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta \_\_\_\_\_

En caso de Gastos Médicos, indique el total del monto reclamado: US\$ \_\_\_\_\_

Favor adjunte documentos originales de la atención médica (facturas, exámenes, etc.).

## F) OTROS SEGUROS

Si tiene otro seguro indique: Compañía: \_\_\_\_\_

Cobertura \_\_\_\_\_ Valor Asegurado \_\_\_\_\_

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

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 causa 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