

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

## Asistencia Médica

Estimado Asegurado: Con el fin de evitar demoras en el proceso de su reclamo, favor contestar detalladamente todas las preguntas del formulario y adjuntar la documentación detallada al reverso.

### A.- PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

Nombre Completo del Titular: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Telf. Domicilio: \_\_\_\_\_ Telf. Cel.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas. Autorizo a los Profesionales e Instituciones que me prestaron atención médica, a proporcionar toda la información requerida por LIBERTY SEGUROS S.A., datos de mi historia clínica, exámenes de laboratorio, etc., manteniendo la confidencialidad que se requiere. La entrega de este formulario no podrá interpretarse como aceptación de responsabilidad por parte de LIBERTY SEGUROS S.A.

Cualquier error, simulación o fraude por parte del reclamante privará a este y a sus dependientes de todo derecho de los beneficios bajo la póliza.

**Autorización:** De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, para garantizar la confidencialidad de los datos personales de sus clientes, proporcionados a través de las distintas transacciones realizadas con la compañía, Liberty Seguros S.A. cuenta con las seguridades y protecciones tecnológicas aplicables y se encuentran almacenados en servidores tanto nacionales como internacionales, por lo cual, el cliente expresamente acepta su autorización de dicho tratamiento a su información personal, salvo que notifique su decisión contraria por escrito.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

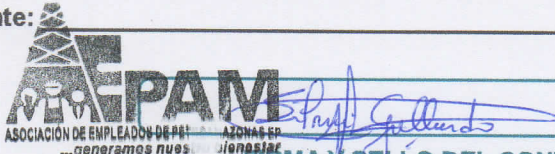
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ASEGURADO**

### B.- PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la Empresa Contratante: \_\_\_\_\_


  
**FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE**

### C.- PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ C.I./RUC: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_ Dir. Consultorio: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de atención: \_\_\_\_\_

Antecedentes clínicos quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Tipo de Atención: Ambulatoria: \_\_\_\_\_ Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Describa el procedimiento realizado: \_\_\_\_\_

La condición actual del paciente se debe a: 1. Enfermedad \_\_\_ 2. Embarazo \_\_\_ 3. Accidente \_\_\_ 4. Otros \_\_\_

En caso de Accidente detalle: Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_

Diagnóstico (s) Presuntivo (s) o Definitivo (s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cód. CIE10: \_\_\_\_\_

Tratamiento Clínico: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es verídica y está descrita en la Historia Clínica del paciente.**

\_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**

#### **D.- AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO POR TRANSFERENCIA BANCARIA.**

Yo, \_\_\_\_\_ con C.I.: \_\_\_\_\_

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A., realizar la transferencia en la Cuenta Corriente #: \_\_\_\_\_

Ahorros #: \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nro. Cel.: \_\_\_\_\_

Nro. Telf.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TITULAR**

#### **REQUISITOS INDISPENSABLES:**

Usted deberá llenar todos los campos de la Solicitud de Reembolso por Atención Médica y Accidentes Personales en forma completa y legible. No se aceptarán formularios, facturas, recetas, pedidos u otros documentos con tachones, borrones, enmendaduras, rotos o en mal estado. Las facturas originales deberán cumplir con todos los requisitos de la entidad competente y en ellas constará el nombre del titular o del paciente. Las facturas por atenciones de menores de edad deberán ser emitidas a nombre del titular de la póliza, con el detalle de la atención del paciente.

LIBERTY SEGUROS S.A. reconocerá únicamente las atenciones prestadas por los Médicos Titulados o especialistas registrados en la entidad competente.

LIBERTY SEGUROS S.A. se reserva el derecho de auditoría de todos los documentos habilitados para el reembolso. Todo trámite que no cumpla con los requisitos exigidos por la Compañía, no serán considerados para el pago.