

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: _____ Telef: _____ 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.

El usuario deberá presentar los documentos originales que se detallan a continuación:

- Formulario de reclamación de Asistencia Médica.
- Facturas originales de los gastos incurridos con sus respectivos desgloses.
- Recetas a nombre del paciente, fecha de atención, nombre, firma y sello del médico e indicaciones de la medicina prescrita, para los casos de medicación continua es necesario adjuntar la copia de la receta para cada alcance.
- Pedidos originales de exámenes y procedimientos, con nombre del paciente, fecha de atención, firma y sello del médico tratante.
- Resultado de exámenes de laboratorio, imagen e informes médicos.
- Recetas de Medicina Homeopática: serán reconocidas siempre y cuando el Médico Tratante acredite título de cuarto nivel, registrado en la entidad competente y tengan registro sanitario.

Por Emergencia: La Hoja 008 de Emergencia y todos los documentos mencionados anteriormente.

En caso de Hospitalización: Los documentos indicados en el párrafo anterior incluyendo copias certificadas de la Historia Clínica completa: hojas de evolución, anamnesis, examen físico, epicrisis, protocolo operatorio y hoja de anestesia en caso de cirugías, pedidos, copia de resultados de todos los exámenes incluidos de laboratorio, de imagen, rayos x, de histología y demás procedimientos realizados.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de Registro 50410 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00071549-O del 21 de Agosto de 2018.