

# Solicitud de Alcance

de reembolso por atención médica  
y accidentes personales



**Liberty**  
**Seguros**

Número de Documento

Ciudad: \_\_\_\_\_

Solicitud de reembolso: Ambulatoria  Hospitalaria

Fecha: Día   Mes   Año

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Broker: \_\_\_\_\_

## 1. DATOS GENERALES

Empresa: \_\_\_\_\_

Titular: Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

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

Paciente: Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Telf. de domicilio: \_\_\_\_\_ Telf. Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Alcance a liquidación No.: \_\_\_\_\_

## 2. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

EMISOR	FACTURA No.	VALOR	EMISOR	FACTURA No.	VALOR

FIRMA DEL TITULAR

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

[www.liberty.ec](http://www.liberty.ec)

/LibertySeguros

Quito

Guayaquil

Cuenca

Manta

Sto. Domingo