

Atención Médica y Accidentes Personales



ESTE FORMULARIO DEBEN LLENARLO EL ASEGURADO, EL CONTRATANTE Y EL MÉDICO TRATANTE

¿CÓMO PRESENTAR SU RECLAMO?

1. Complete la Sección A

3. Solicitar a su médico que complete la sección C.

Número de Póliza

Número de Certificado

2. Presentar este Formulario a su contratante

4. Adjuntar las facturas originales de la clínica y el médico.

SECCIÓN A PARA SER LLENADA POR EL ASEGURADO

Asegurado Titular: _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Paciente: _____ El Mismo Cónyuge Hijo

Síntomas o dolencias: _____

En caso de accidente: ¿Cuándo ocurrió?: _____ Lugar: _____

día / mes / año

¿Cómo ocurrió?: _____

En caso de enfermedad: Fecha que inició el tratamiento: _____ Teléfono: _____

día / mes / año

Nombre del médico consultado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Estuvo anteriormente internado por la misma dolencia? Si No Si es afirmativo indique: Fecha: _____

día / mes / año

Duración: _____ Médico: _____ Hospital o Clínica: _____

Certifico que las declaraciones que se consignan, así como las facturas que se adjuntan son verídicas a la realidad.

Autorizo al hospital o clínica, así como a los medios tratantes, para que se suministren a LIBERTY SEGUROS S.A. cualquier información, datos de mi historia clínica, exámenes de laboratorio, etc. dispensándoles del secreto profesional.

La entrega de este formulario y la investigación que se adelante 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 éste y sus dependientes de todo derecho a los beneficios bajo la póliza.

Es indispensable que se acompañen todos los componentes originales de las cuentas pagadas.

Lugar: _____ Fecha: _____

día / mes / año

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

SECCIÓN "B" PARA SER LLENADA POR EL CONTRATANTE

Nombre del Contratante: _____

Nombre del Asegurado: _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de ingreso a la Empresa Contratante: _____ Vigencia de su Seguro: _____

día / mes / año

día / mes / año

Lugar: _____ Fecha: _____

día / mes / año

FIRMA Y SELLO

*Importante llenar todos los campos del reverso también

SECCIÓN "C" PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Diagnóstico: _____

ATENCIÓN O PROCEDIMIENTO REALIZADO

Consultas Ambulatorias: _____

Hospitalización por Intervención Quirúrgica: _____

Hospitalización por Accidente: _____

Intervención Quirúrgica en Consultorio: _____

Hospitalización por Enfermedad no Quirúrgica: _____

Hospitalización por Maternidad: _____

Fracturas sin Hospitalización: _____

Hospitalización para Chequeo Médico: _____

Hospitalización por Cura de Reposo: _____

Otro tipo de Atención Médica: _____

TRATAMIENTO U OPERACIÓN (Detallado)

En su opinión ¿Puede tratarse de un accidente de trabajo o enfermedad profesional?:

En su opinión ¿Cuándo se originó la causa de la dolencia?:

¿Ud. ordenó; que el paciente se hospitalizara? Si No ¿Dónde?: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Honorarios cobrados: \$ _____ excluyendo anestesista y ayudantes

Nombre del médico tratante: _____ Teléfono: _____

Registro Colegio Médico: _____

Fecha: _____

día / mes / año

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros según resolución No. 77-55-S del 31 de mayo de 1977