

**N° DE PÓLIZA:****N° FOLIO:** (interno) \_\_\_\_\_**FECHA DENUNCIO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

**IMPORTANTE:** El plazo de notificación es de 30 días corridos contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Verifique que está presentando todos los antecedentes solicitados. Este formulario, completado, firmado y entregado a Liberty Compañía de Seguros Generales S.A., constituye notificación de siniestro. Debe adjuntar originales de los documentos identificados al final de esta declaración. Agradecemos completar la información con letra legible.

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA CONTRATANTE**

RUT:..... Razón Social:.....  
Calle:..... Número:.....  
Comuna:..... Ciudad:.....  
Teléfono/Celular:..... E-mail:.....

**IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO**

RUT:.....  
Nombres:.....  
Apellido Paterno:..... Apellido Materno:.....  
Calle:..... Comuna:.....  
Ciudad:..... Número:.....  
Teléfono/Celular:..... E-mail:.....  
Profesión:..... Actividad:.....

**DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE EN FORMA DETALLADA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**GASTOS RECLAMADOS (N° de documentos)**Bonos  Reembolsos  Boletas de farmacias  Recetas  Otros **Total N° de documentos presentados incluido este formulario** 

Total gastos: \$

Gastos reembolsados: \$

Gastos reclamados: \$

**DETALLE DE GASTOS REEMBOLSADOS**

Institución	Reembolsado	Nombre de la institución
FONASA \$		
ISAPRE \$		
OTRA \$		
SOAP \$		

**DATOS RECEPTOR DEL PAGO**

RUT:.....

Nombres:.....

Apellido Paterno:..... Apellido Materno:.....

**Forma de pago**

 Cheque 

 Transferencia 

Banco:.....Tipo de cuenta:.....

Número de cuenta:.....

**DECLARACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA**

Nombre del médico tratante:.....

RUT del médico tratante:.....RCM:.....

Teléfono:.....

Nombre del paciente:.....

Diagnóstico:.....

Tratamiento indicado:.....

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

 \_\_\_\_\_  
 Firma y timbre del médico tratante

**Espacio para información adicional**


---

---

---

---

---

---

---

---

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

El que firma, declara que:

1. La información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos e íntegros.
2. Por medio del presente, autoriza a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a que suministre a Liberty Compañía de Seguros Generales S.A., todo o parte de la información relacionada con algún accidente o atención médica, consultas, examen o tratamiento y/o copias de todos los registros hospitalarios y médicos del paciente asegurado.
3. Ha sido informado que:
  - a) Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la liquidación, sin perjuicio de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriores exijan.
  - b) Liberty Compañía de Seguros Generales S.A., se reserva el derecho de no procesar este reclamo en el caso de no recibir la totalidad de los antecedentes e información que se necesite para la liquidación.
  - c) El presente siniestro, será liquidado en forma directa por Liberty Compañía de Seguros Generales S.A.

Agradeceremos indicar nombres o razones sociales de: médicos, centros de salud, hospitales, clínicas y/o cualquier otro servicio que se haya otorgado de acuerdo a esta reclamación.

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Timbre y fecha de recepción  
Liberty Compañía de Seguros Generales S.A

**FECHA DE LA DECLARACIÓN:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO**

- 1) Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad.
- 2) Comprobantes originales de pago de gastos médicos, copagos, boletas facturas, bonos.
- 3) En caso de compras de medicamentos, adjuntar boleta original de farmacia con detalle y receta médica.
- 4) Si es accidente de tránsito:
  - Copia de parte policial
  - Certificado o copia de alcoholemia (en caso de ir conduciendo un vehículo)
  - Denuncio SOAP e Informe de Liquidación
- 5) Si es accidente de trabajo, adjuntar de la Mutualidad que corresponda.
- 6) Informe radiológico y de imagenología, si corresponde.
- 7) Programa médico, si corresponde.

**SOLO PARA USO COMPAÑIA SEGUROS GENERALES LIBERTY****Observaciones área de siniestros**

---

---

---

Coberturas afectadas:

Oficina / Sucursal:

Vigencia:

Corredor:

Moneda:

Ramo:

## CONSTANCIA

\_\_\_\_\_, deja constancia que  
\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, es trabajador(a)  
de la empresa.

Se extiende la presente constancia para ser presentada en Liberty Compañía de Seguros Generales S.A., para tramitación  
de póliza de Accidentes Personales (1) N° \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y RUT

Ciudad, fecha

(1) Si el trabajador no se encuentra individualizado en póliza, se requiere que se acredite su condición con:

- Contrato de trabajo o algún otro documento que acredite el vínculo entre las partes
- Certificado de cotizaciones