BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

SECCION A:

1

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

1.A NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

1.B PACIENTE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES EDAD

1.C DIRECCION _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO OFICINA _____

SECCION B:

2

DATOS DE LA INCAPACIDAD

EN CASO DE ACCIDENTE

2.1 ¿Cómo sucedió el accidente? _____

2.2 Lugar, fecha y hora _____

EN CASO DE ENFERMEDAD

2.3 Enfermedad _____

2.4 ¿Cuándo inició el tratamiento? _____

2.5 Nombre, dirección y teléfono del médico consultado _____

2.6 ¿Estuvo hospitalizado por esta enfermedad? SI ☐ NO ☐

Nombre del Hospital _____ Fecha: Del _____ al _____

Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y todas las clínicas e instituciones para que suministren a BMI DEL ECUADOR, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio, y rayos X correspondientes a esta reclamación.

Lugar y fecha: _____ Firma del Asegurado _____

NOTA: Adjunte por separado sus facturas, originales y detalles de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso. (Cirujano, Anestesista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista).

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO FUE APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS MEDIANTE RESOLUCION No. SBS-INSP-2005-175 DEL 03 DE MAYO DE 2005

QUITO: Calle Suecia y Av. de Los Shyris, Edif.: Renazzo Plaza, Planta Baja • PBX: (593 2) 29 41 400
GUAYAQUIL: Parque Emp. Colón, Av. Jaime Roldós Aguilera • Edif. Corporativo 2, Piso 1 • PBX: (593 4) 37 17 600

BMI

SECCION C:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

3

3.1 Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____

3.2 Diagnóstico Completo _____

_____

_____

3.3 Fecha de los primeros síntomas _____

3.4 Fecha del Diagnóstico _____

3.5 En caso de cirugía, describa el procedimientos completo _____

_____

_____

3.6 Detalle fecha de atención al paciente _____

¿Ordenó Hospitalización? Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____

¿Atención Ambulatoria? _____ Valor de cada consulta _____ Fechas de cada consulta _____

3.7 Ordenó interconsulta con otros profesionales SI ☐ NO ☐

3.8 Observaciones _____

_____

_____

FECHA _____ NOMBRE DEL MEDICO _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____