SOLICITUD DE REEMBOLSO

DATOS DEL TITULAR

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	N°. de póliza:
Números de teléfono: Residencial	Celular	
Dirección electrónica:		

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Fecha de ocurrencia

DATOS DEL RECLAMO

Médico tratante:	Diagnóstico
Dirección: _____ _____	Teléfonos: Oficina _____ Fax _____

RELACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

☐ Informe médico con diagnóstico definitivo			
☐ Facturas y recibos de la clínica			
☐ Facturas por honorarios médicos			
☐ Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad)			
☐ Facturas de farmacia (especificando medicinas)			
☐ Exámenes de laboratorios	☐ Resultados	☐ Facturas	
☐ Estudios radiológicos	☐ Resultados	☐ Facturas	
☐ Otros (especifique)	☐ Resultados	☐ Facturas	
		Total facturado	

Comentarios: _____
_____
_____

Yo declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI a obtener de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros, la información que se requiere para procesar los beneficios que puedan ser pagaderos a mí. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

_____ x_____ x_____
Fecha Firma del titular Firma del paciente

Nota: Favor llenar esta planilla en letra de imprenta, clara y legible

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222