

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

USO INTERNO

FECHA DE RECEPCION: _____

CALIFICADO: _____

INFORMADO: _____

APROBADO: _____

CODIGO DE DIAGNOSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

DATOS PERSONALES:

A.- ASEGURADO:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

B.- PACIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

C.- NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

D.- NÚMERO DE PÓLIZA: _____ E.- FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA: _____

DATOS DEL RECLAMO:

EN CASO DE ACCIDENTE

F.- LUGAR, FECHA Y HORA: _____

G.- CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE ? _____

EN CASO DE ENFERMEDAD

H.- ENFERMEDAD: _____

I.- NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO CONSULTADO: _____

J.- ESTUVO HOSPITALIZADO POR ESTA ENFERMEDAD? SI _____ NO _____

NOMBRE HOSPITAL / CLINICA: _____

FECHA DEL _____ AL _____

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA DEL ASEGURADO: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

K.- NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

L.- FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____

M.- DIAGNÓSTICO COMPLETO: _____

N.- FECHA DE ATENCIÓN AL PACIENTE: _____

O.- SI ORDENÓ HOSPITALIZACIÓN: _____ FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE SALIDA: _____

P.- EN CASO DE CIRUGÍA FAVOR DESCRIBIR EL O LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS COMPLETOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

Q.- ORDENÓ INTERCONSULTA CON OTROS PROFESIONALES ? SI _____ NO _____

R.- NOMBRE DEL MÉDICO DE INTERCONSULTA Y ESPECIALIDAD: _____

NOTA: PARA TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES; EXPLIQUE EL PORQUÉ DEL TRATAMIENTO Y LOS EFECTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DESCRITA Y EL TIEMPO DE TRATAMIENTO.

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ No. TELF.: _____

AUTORIZACIÓN

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.

IMPORTANTE

A este formulario usted deberá adjuntar los originales de los siguientes documentos:

Facturas de medicinas y laboratorios con sus respectivos pedidos médicos

Facturas de honorarios médicos

Planilla de clínica, factura con el desglose de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso (Cirujano, Anestecista, Médico ayudante, Radiólogo, Laboratorista)

Historia Clínica

Epicrisis

Protocolo Operativo

El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos mediante Resolución No. SB-INS-2001-316 de 06/11/2001