

## INFORMACIÓN GENERAL

No. de póliza

Correo electrónico (para recibir notificaciones)

Nombre del paciente

Parentesco

Asegurado principal  Cónyuge  Dependiente

Nombre del asegurado principal

Teléfono residencial

Celular

Fecha de nacimiento del paciente

DD

MM

AAAA

## DATOS DEL RECLAMO

Diagnóstico / Tipo de accidente

Fecha de diagnóstico / accidente

DD

MM

AAAA

Fecha de servicio u hospitalización

DD

MM

AAAA

Fecha de inicio de síntomas

DD

MM

AAAA

Fecha de primera visita médica

DD

MM

AAAA

¿Ha sido tratado(a) por esta condición antes?

Sí  No

Si es afirmativo, indique la fecha

DD

MM

AAAA

En caso de embarazo, ¿Ha sido sometida a tratamiento de fertilidad?

Sí  No

En caso de accidente. ¿Dónde ocurrió?

Auto  Casa  Trabajo  Otro

Si seleccionó Otro, especifique

Detalles de cómo ocurrió el accidente - (Incluir reporte policial, si aplica)

En relación con este diagnóstico o accidente, ¿Ha hecho o está haciendo algún reclamo con otra compañía de seguros?

Sí - (Incluir copia de Explicación de Beneficios)  No

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

Nombre del hospital o centro

Teléfono del hospital o centro

Ciudad/ País

Nombre del médico tratante

Teléfono del médico tratante

Nombre de persona contacto

Teléfono de persona contacto - Ext.

Correo electrónico de persona contacto

## LISTADO DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

- Historia médica
- Informe médico con diagnóstico final
- Resultados de estudios radiológicos
- Resultados de laboratorio
- Recetas de medicamentos prescritos
- Otros (especifique)
- Reporte policial (en caso de accidente, si aplica)
- Explicación de Beneficios (en caso de someter el reclamo con otra aseguradora, si aplica)

	Moneda	Cantidad/Cargo
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos del hospital o centro	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de honorarios médicos	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de farmacia (indicando medicamentos)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de exámenes de laboratorio	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de estudios radiológicos	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos - Otros (especifique)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
TOTAL FACTURADO:		<input style="width: 150px; background-color: #ADD8E6;" type="text"/>

## DECLARACIÓN

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

Firma del Asegurado Principal	Firma del Paciente (Si es mayor de 17 años de edad)	Fecha (DD/MM/AAAA)

## COMENTARIOS