



1. DATOS PERSONALES

| | |
|--------------------------------|-------|
| TITULAR Apellido/Nombre: | |
| RECLAMANTE Apellido/Nombre: | EDAD: |

2. DATOS DEL TOMADOR O CONTRATANTE

| | |
|------------------------|-------------------|
| Nombre o Razón Social: | |
| Fecha de Ingreso: | Número de Póliza: |

3. DATOS DEL RECLAMO

EN CASO DE ACCIDENTE

| |
|--|
| Lugar, Fecha y Hora: |
| Cómo Sucedió el Accidente? _____ _____ _____ |

EN CASO DE ENFERMEDAD

| |
|---|
| Diagnóstico: |
| Médico Tratante: |
| Estuvo Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí, Del _____ al _____ Hospital: _____ <input type="checkbox"/> No |

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO (Para ser llenado por el Médico Tratante)

| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| Nombre del Paciente: | Edad: | Sexo: | Fecha de Inicio de los Síntomas: |
| Fecha de Inicio del Tratamiento: | Fecha de Atención al Paciente: | Si ordenó Hospitalización: Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Salida: _____ | |
| Diagnóstico Completo: _____ _____ _____ | | | |
| Tratamiento y Exámenes indicados: _____ _____ | | | |
| En caso de Cirugía por favor describir el o los Procedimientos Médicos Completos y Posibles Complicaciones: _____ _____ _____ | | | |
| Ordenó Interconsulta con otros Profesionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nombre del Médico de Interconsulta y Especialidad: | | |
| Fecha: _____ | Firma y Sello del Médico: _____ | | |
| Nombre del Médico: _____ | No. Telf.: _____ | | |

5. RELACION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS

| | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico definitivo | | | |
| <input type="checkbox"/> Facturas y recibos de la clínica | | | |
| <input type="checkbox"/> Facturas por honorarios médicos | | | |
| <input type="checkbox"/> Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Facturas de farmacia (especificando medicinas) | | | |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorios | <input type="checkbox"/> Resultados | <input type="checkbox"/> Facturas | |
| <input type="checkbox"/> Estudios radiológicos | <input type="checkbox"/> Resultados | <input type="checkbox"/> Facturas | |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) | <input type="checkbox"/> Resultados | <input type="checkbox"/> Facturas | |
| Total facturado | | | |



Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Services, Inc. y a Multi-Assistance Services Latin America S.A., 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 mi persona. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado: _____

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

“La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros”.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-64-A10-660 de fecha 6 de enero de 2016.

IMPORTANTE

A esta solicitud usted deberá adjuntar los siguientes documentos:

- Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados.
- Recetas médicas e indicaciones de medicina.
- Exámenes de laboratorio.
- Estudios radiológicos.
- Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 25 años).
- Pre-autorización aprobada por la Compañía.
- Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico).

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI frente al Hospital CIMA
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069 * Tel. USA (786) 536-3651