

Datos Personales (Datos obligatorios)

Titular
(Apellido/Nombre)

Número de póliza

Reclamante
(Apellido/Nombre)

En caso de pólizas colectivas,
completar: Nombre y Razón Social

Datos Bancarios (Datos obligatorios)

Transferencia: Cheque:

Documento de Identificación: Moneda de la cuenta a acreditar: \$ USA Q Quetzales

Banco: Tipo de cuenta: No. de cuenta:

Código IBAN: SWIFT: Nombre del
cuentahabiente

DATOS DEL RECLAMO

En caso de accidente (Cuando aplique)

Lugar, fecha y hora

¿Como sucedió el accidente?

Diagnóstico

En caso de enfermedad (Cuando aplique)

Diagnóstico

Médico tratante Teléfono

¿Estuvo hospitalizado? Si No Del al Hospital

Fecha de ocurrencia

Relación de documentos prestados (Datos obligatorios)

		Si	No	Monto total
	Informe médico con diagnóstico definitivo <small>(Cuando aplique)</small>			
	Facturas y recibos de la clínica			
	Facturas por honorarios médicos			
	Recetas médicas e indicaciones de medicina (Cantidad)			
	Facturas de farmacia (especificando medicinas)			
	Exámenes de laboratorio Resultados <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/>			
	Estudios radiológicos Resultados <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/>			
	Otros (especifique) Resultados <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/>			
TOTAL FACTURADO				

Comentarios

Autorización

Yo declaro, que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A. o cualquiera de sus filiales, 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.

Lugar y fecha: _____

Nombre de persona que envía solicitud de reclamo
Agente/Asegurado

Firma de persona que envía solicitud de reclamo
Agente/Asegurado