

Datos Personales

Titular (Apellido/Nombre)

Número de póliza

Reclamante (Apellido/Nombre)

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

Datos Bancarios

Transferencia: Cheque:

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

Banco: Tipo de cuenta: No. de cuenta:

Código IBAN: SWIFT:

DATOS DEL RECLAMO

En caso de accidente

Lugar, fecha y hora

¿Como sucedio el accidente?

Diagnóstico

En caso de enfermedad

Diagnóstico

Médico tratante Teléfono

¿Estuvo hospitalizado? Si No Del al Hospital

Fecha de ocurrencia

Relación de documentos prestados

	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 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: _____

Firma asegurado

Firma del reclamante

Datos Personales

Titular (Apellido/Nombre)

Número de póliza

Reclamante (Apellido/Nombre)

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

Datos Bancarios

Transferencia: Cheque:

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

Banco: Tipo de cuenta: No. de cuenta:

Código IBAN: SWIFT:

DATOS DEL RECLAMO

En caso de accidente

Lugar, fecha y hora

¿Como sucedio el accidente?

Diagnóstico

En caso de enfermedad

Diagnóstico

Médico tratante Teléfono

¿Estuvo hospitalizado? Si No Del al Hospital

Fecha de ocurrencia

Relación de documentos prestados

	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 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: _____

Firma asegurado

Firma del reclamante