

Alcance (Indique Diagnóstico o # de Liquidación de referencia)

Coordinación de Beneficios  Plan Contratado   
Ejemplo: Sigma, Azure, Gastos M. Mayores, etc

## Datos del Contratante

Valor presentado:  (Sumatoria de todas sus facturas)

Nombre del titular:  Cédula:

Nombre del paciente:  Parentesco:

## Información Médica (Debe ser llenada por el médico tratante)

Si su reembolso corresponde a coordinación de beneficios o alcance no requiere llenar esta sección

Motivo de consulta:

Fecha de inicio de Historia Clínica (dd/mm/aa)  Inicio de los primeros síntomas: (dd/mm/aa)

Diagnósticos Definitivos:  CIE 10:

Nombre del médico Tratante:  Fecha de Atención

Firma y Sello del Médico Tratante

## En caso de Accidente llenar esta sección

En caso de accidente detalle como ocurrió, (Lugar, Fecha y Hora)

## Importante

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

	Atención	Hospitalaria	Ambulatoria	Accidente
Facturas originales de médicos, farmacia, laboratorio, con el desglose respectivo		X	X	X
Planilla de clínica, factura con desglose de todos los profesionales		X		X
Resultados de exámenes		X	X	X
Pedidos y órdenes médicas		X	X	X
Historia clínica completa		X		X
Protocolo Operatorio		X		
Hoja de emergencia 008				X

## Autorización

Autorizo a todos los médicos y/o personas que me atendieron y/o a todas las clínicas o instituciones prestadoras de servicios de salud para que suministren a la Compañía cualquier información médica, incluyendo copias exactas de Historia clínica y/o ficha médica, exámenes de laboratorio y rayos X y cualquier otro examen de diagnóstico correspondiente a esta atención médica.

Lugar  Día  Mes  Año

Firma del Titular

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de registro 53849, el 7 de septiembre del 2021.