



SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE SALUD

DATOS DEL TITULAR

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	Nº. de póliza:
Números de teléfono: Residencial	Celular	
Dirección electrónica:		

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellido/Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Fecha de ocurrencia
-----------------	---------------------	------------	---------------------

DATOS DEL RECLAMO

Médico tratante:	Diagnóstico
Dirección:	Teléfonos: Oficina
	Fax

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"/>	Fórmula médica 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: _____		

Yo declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Colombia 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 mí. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días calendario.

 Fecha Firma del titular Firma del paciente

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

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A

NIT: 901061386-7

Carrera 11 No. 84A – 09, Piso 9

Bogotá, Colombia

Tel: 601-5187700

Contactenos@bmicos.com - www.bmicos.com/colombia

LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 01800-978625