

**Señores**  
**BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**

## Presente.-

Nos permitimos adjuntar los siguientes documentos correspondientes al reclamo cuyo detalle anotamos a continuación

Empresa o contratante \_\_\_\_\_

Nombre del titular \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Reclamo No. \_\_\_\_\_ (si se trata de un alcance) \_\_\_\_\_

| Formularios                                              | No. de Formulario | Valor |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Beneficios         |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Recibo de Consultas Médicas     |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Orden de Medicinas              |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Recibos de Medicinas            |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Ordenes de Exámenes y/o Imagen  |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Facturas de Exámenes y/o Imagen |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Ordenes de Interconsultas       |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Ordenes de Fisioterapia         |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Factura de Fisioterapia         |                   |       |
| <input type="checkbox"/> Otros                           |                   |       |
| Valor Total                                              |                   |       |

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO