

Alcance (Indique Diagnóstico o # de Liquidación de referencia) _____

Coordinación de Beneficios _____

Datos del Cliente Afiliado

Valor presentado: _____

(Sumatoria de todas sus facturas)

Nombre del afiliado: _____

Cédula: _____

Nombre del paciente: _____

Parentesco: _____

Datos de la Empresa

Nombre Empresa: _____

Fecha de Ingreso de la persona a la empresa. _____

Firma de la Empresa

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

Declaraciones y autorizaciones

Declaro que la información suministrada en el presente documento, así como en sus anexos es verdadera, completa y actualizada, por lo que me hago enteramente responsable de la misma. Autorizo de forma expresa, voluntaria e irrevocable a todas las personas naturales y jurídicas de derecho público o privado a proporcionar a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. la información que considere necesaria para realizar los análisis y verificaciones que considere

Declaraciones y autorizaciones

pertinentes e informar a la autoridad competente en caso detectar actividades inusuales o sospechosas. Adicionalmente declaro que tanto los fondos como las cuentas que son utilizadas en mis operaciones con BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. provienen de mis actividades comerciales y no son ni serán producto o destinados a actividades ilícitas o al financiamiento de delitos.

Conocedor y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento de aplicación y demás normativa aplicable, me obligo a obtener la autorización expresa para llevar a cabo el tratamiento y transferencia de datos personales de mis empleados o personal involucrado dentro de la póliza, hacia BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. (BMI ECUADOR), con el objeto de cumplir con el contrato, de conformidad con lo que manda la ley para tal efecto:

Declaro además que conozco y estoy de acuerdo con la información y definiciones que se me proporciona a continuación:

- **Responsable:** BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., con domicilio en la ciudad de Quito en la Av. Shyris y Suecia, edificio Renazzo Plaza piso 12.
- **Finalidad:** Los datos personales que aporta el Solicitante, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de seguro; gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; cumplimiento de obligaciones que le correspondan a BMI ECUADOR por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por BMI ECUADOR y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudonimización de sus datos personales; ceder sus datos personales a empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras, así como con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística. • **Legitimación:** Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional. • **Destinatarios:** Empresas relacionadas, colaboradoras, filiales, subsidiarias, proveedores y terceros que BMI ECUADOR requiere compartir información para la prestación de sus servicios que pueden estar ubicados fuera del territorio ecuatoriano, e igualmente para efectos de almacenar información en bases de datos locales y/o extranjeras. En caso de transferencia internacional, BMI ECUADOR se cerciorará que sea efectuada a jurisdicciones que tutelen la protección y privacidad de datos personales. • **Derechos:** acceso, eliminación, rectificación y actualización, oposición, suspensión, portabilidad, y, a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, en cualquier momento y de forma gratuita, tal y como se explica en la Información Adicional.
- **Información Adicional:** encontrará información en relación con el tratamiento de sus datos personales en <https://www.bmicos.com/ecuador/politicas-bmi-del-ecuador/>
- El titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento los consentimientos otorgados, en los casos que aplique, a través de nuestros centros de atención al cliente o bien a través del correo electrónico postventaec@bmicos.com, debiendo contar con una firma electrónica o física en su requerimiento para la correspondiente autenticación.
- Finalmente, declaro que: i) he entregado voluntariamente los datos personales con la debida autorización de mis empleados para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, así como con lo acordado en el contrato de seguros suscrito con BMI ECUADOR; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de los datos personales de mis clientes en el presente documento y en la Información Adicional.

Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Afiliado