



Bm

Seguros de Vida y Salud

C O S T A R I C A

**PRODUCTOS
CORPORATIVOS**

Formulario Salud



Datos del colaborador por incluir

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO (TITULAR)				
Apellido/Nombre				
Cédula de Identidad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Peso ____ Talla ____	Edad
Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Números de Teléfono Casa _____ Celular _____		
Domicilio – Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Dirección Exacta			Estado Civil	
Dirección de Correo Electrónico				

Declaración de Padecimientos y/o Condiciones Pre-existentes

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Declaración de Condiciones Pre-existentes: (Titular, Cónyuge e Hijos)

Indique si ha sido diagnosticado y/o sufrido algún accidente, lesión, enfermedad, o trastorno de la salud, que hayan requerido de Tratamiento Médico, Hospitalización, Cirugía y/o Medicamentos, o si ha tenido algún síntoma de importancia, con anterioridad a la presente fecha, detalle a continuación:

Nombre completo de la persona	Descripción (Diagnóstico, tratamiento y medicamentos)	Médico u hospital de atención	Fecha de atención (Mes/Año)	Duración	Firma Dependientes*

OTROS TEMAS

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Tomador de la Póliza a que deduzca de mi salario cualquier contribución que me corresponda, si el plan de seguro colectivo así lo estipula.

Best Meridian Insurance Company tendrá derecho a obtener toda la información médica que considere necesaria, como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, MIB, Inc. o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Una copia de esta autorización se considera tan válida como la original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

Marcando en esta casilla EL TITULAR AUTORIZA a BMI para que suministre su información a terceros incluyendo a MIB, Inc. Usted podrá en todo momento revocar el consentimiento a BMI para que suministre su información a terceros.

Cualquier persona que, con conocimiento e intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presenta una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa o incompleta será culpable de un delito penal.

Fecha ___/___/___
Día Mes Año



Firma del Asegurado Propuesto

Formulario Salud



Esta información la debe completar RRHH

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL TOMADOR	
Fecha de ingreso a la compañía ____/____/____ Día Mes Año	Plan Seleccionado: _____ Compañía: _____ Filiat: _____ Ocupación: _____ Categoría: _____
Fecha de ingreso a la póliza ____/____/____ Día Mes Año	_____ Firma autorizada por el Tomador Fecha (Día / Mes /Año)

Formulario Salud



“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La Compañía resolverá la presente solicitud en un plazo no mayor de 30 días naturales, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros”.

Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Firma del Testigo/Agente



Firma del Asegurado Propuesto


La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro **P20-64-A10-660** de fecha **6 de enero de 2016**.

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

RECOPIACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE DATOS PERSONALES



Nombre y Firma

Número de Identificación

Fecha

Formulario Pre-autorización



Best Meridian Insurance Company
Costa Rica

Solicitud de Autorización de Servicio

Centro Médico: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Enviado por: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Número de Póliza: _____ Plan: _____ Deducible: US\$ _____

Nombre del Titular: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: () Masculino () Femenino Edad Cumplida: _____

SERVICIO SOLICITADO

Tipo de Servicio: _____ Fecha de Admisión: ____ / ____ / ____

Tiempo estimado de Hospitalización: _____

Médico Encargado: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Formulario Pre-autorización



INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha en que iniciaron los Síntomas: _____

Fecha en que Visitó al Médico por primera vez por esta condición: _____

Exámenes Realizados o por Realizarse para el Diagnóstico: _____

Diagnóstico: _____

Procedimiento o Tratamiento a Realizar: _____

Escriba un breve historial de la enfermedad o condición por la cual se solicita cobertura:

HONORARIOS



Procedimiento	Médico	Asistente	Anestesiólogo
	US\$	US\$	US\$
	US\$	US\$	US\$
	US\$	US\$	US\$

Formulario Reclamación



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

1. DATOS PERSONALES



TITULAR Apellido/Nombre:	
RECLAMANTE Apellido/Nombre:	EDAD:

2. DATOS DEL TOMADOR O CONTRATANTE

Nombre o Razón Social:	
Fecha de Ingreso:	Número de Póliza:

3. DATOS DEL RECLAMO

EN CASO DE ACCIDENTE
Lugar, Fecha y Hora:
Cómo Sucedió el Accidente? _____

EN CASO DE ENFERMEDAD
Diagnóstico:
Médico Tratante:
Estuvo Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí, Del _____ al _____ Hospital: _____ <input type="checkbox"/> No

Formulario Reclamación



4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO (Para ser llenado por el Médico Tratante)

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo:	Fecha de Inicio de los Síntomas:
Fecha de Inicio del Tratamiento:	Fecha de Atención al Paciente:	Si ordenó Hospitalización: Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Salida: _____		
Diagnóstico Completo: _____ _____ _____				
Tratamiento y Exámenes indicados: _____ _____ _____				
En caso de Cirugía por favor describir el o los Procedimientos Médicos Completos y Posibles Complicaciones: _____ _____ _____				
Ordenó Interconsulta con otros Profesionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Médico de Interconsulta y Especialidad:		
Fecha: _____		Firma y Sello del Médico: _____		
Nombre del Médico: _____		No. Telf.: _____		

Formulario Reclamación



5. 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"/> Recetas médicas 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			

Formulario Reclamación



AUTORIZACIÓN

Yo, declaro que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Services, Inc. y a Multi-Assistance Services Latin America S.A., 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 mi persona. Una copia fotostática de esta autorización se debe considerar tan válida como la original.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado: _____



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

Gracias por su atención