

1. DATOS PERSONALES

TITULAR Apellido/Nombre:		Número de Póliza:
RECLAMANTE Apellido/Nombre:		
Solo para ser llenado en caso de Pólizas Colectivas Nombre y Razón Social:		
DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO Número de Cuenta IBAN:	Método de Pago: <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cheque Documento de Identidad:	Moneda de la Cuenta a Acreditar: <input type="checkbox"/> USA \$ <input type="checkbox"/> ₡

2. DATOS DEL RECLAMO

EN CASO DE ACCIDENTE	
Lugar, Fecha y Hora:	
Cómo Sucedió el Accidente? _____	
EN CASO DE ENFERMEDAD	
Diagnóstico:	Fecha de Ocurrencia:
Médico Tratante:	
Estuvo Hospitalizado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Del _____ al _____ Hospital: _____	

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

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo:	Fecha de Inicio de los Síntomas:
Fecha de Atención al Paciente:	Fecha de Inicio del Tratamiento:	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: _____				
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.: _____		

4. 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 laboratorio	<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:

AUTORIZACIÓN

Yo declaro, que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Services, Inc. y a Total Travel Services 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: _____

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

“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”.

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 los registros número: P16-35-A10-265 de fecha 21 de julio de 2011, P16-35-A10-273 de fecha 25 de agosto de 2011, P16-35-A10-290 de fecha 10 de octubre de 2011, P16-35-A10-297 de fecha 12 de diciembre de 2011, P16-35-A10-302 de fecha 10 de enero de 2012, P16-35-A10-308 de fecha 19 de enero de 2012, P16-35-A10-323 de fecha 12 de marzo 2012, P20-64-A10-606 de fecha 3 de febrero de 2015, P20-64-A10-607 de fecha 3 de febrero de 2015, P20-64-A10-660 de fecha 6 de enero de 2016, P20-64-A10-716 de fecha 14 de junio de 2017, P19-57-A10-850 de fecha 31 de enero de 2020, P20-76-A10-849 de fecha 3 de marzo de 2020 y P20-76-A10-1069 de fecha 17 de febrero de 2023.

IMPORTANTE

A esta solicitud usted deberá adjuntar los siguientes documentos:

- Las facturas y/o recibos originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos en la moneda nacional en que fueron facturados.
- Recetas médicas e indicaciones de medicina.
- Resultados de exámenes de laboratorio.
- Estudios radiológicos y otras pruebas.
- Constancia de estudios de la jornada completa (Si el paciente tiene entre 18 y 25 años).
- Pre-autorización aprobada por la Compañía.
- Reporte policial (Si ha existido un accidente automovilístico).

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
 8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
 Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
 e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
 San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27
 San José, Costa Rica
 Tel. CR (506) 2228-6069