



Datos Personales (Datos obligatorios)

Titular
(Apellido/Nombre)

Número de póliza

Reclamante
(Apellido/Nombre)

En caso de pólizas colectivas,
completar: Nombre y Razón Social

Datos Bancarios (Datos obligatorios)

Transferencia: ☐ Cheque: ☐

Documento de Identificación:

Moneda de la cuenta a acreditar: \$ USA ☐ Q Quetzales ☐

Banco:

Tipo de cuenta:

No. de cuenta:

Código IBAN:

SWIFT:

Nombre del
cuentahabiente

DATOS DEL RECLAMO

En caso de accidente (Cuando aplique)

Lugar, fecha y hora

¿Como sucedio el accidente?

Diagnóstico

En caso de enfermedad (Cuando aplique)

Diagnóstico

Médico tratante

Teléfono

¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐

Del al Hospital

Fecha de ocurrencia

Relación de documentos prestados (Datos obligatorios)

			Si	No	Monto total
	Informe médico con diagnóstico definitivo <small>(Cuando aplique)</small>				
	Facturas y recibos de la clínica				
	Facturas por honorarios médicos				
	Recetas médicas e indicaciones de medicina <small>(Cantidad)</small>				
	Facturas de farmacia <small>(especificando medicinas)</small>				
	Exámenes de laboratorio	Resultados <input type="checkbox"/>	Facturas <input type="checkbox"/>		
	Estudios radiológicos	Resultados <input type="checkbox"/>	Facturas <input type="checkbox"/>		
	Otros <small>(especifique)</small>	Resultados <input type="checkbox"/>	Facturas <input type="checkbox"/>		
TOTAL FACTURADO					

Comentarios

Autorización

Yo declaro, que todos los datos escritos en la planilla son verídicos y autorizo a BMI Compañía de Seguros de Guatemala S.A. o cualquiera de sus filiales, 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.

Lugar y fecha: _____

Nombre de persona que envía solicitud de reclamo
Agente/Asegurado

Firma de persona que envía solicitud de reclamo
Agente/Asegurado