Formulario de Reembolsos de Gastos Médicos Corporativo

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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. (IGUALAS) la información que considere necesaria para realizar los análisis y verificaciones que considere 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 IGUALAS provienen de mis actividades comerciales y no son ni serán producto o destinados a actividades ilícitas o al financiamiento de delitos.

Declaraciones y autorizaciones

Conocedor y en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento de aplicación y demás normativa aplicable, por medio de la presente, me obligo a obtener la autorización expresa de mis empleados para llevar a cabo el tratamiento y transferencia de sus datos personales hacia BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., con el objeto de que estos se adhieran al contrato de medicina prepagada adquirido por mi representada en favor de estos, 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 IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR 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 los datos salud de sus empleados, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de medicina prepagada; prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de medicina prepagada 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 medicina prepagada; ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud), objeto del contrato de medicina prepagada; gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; cumplimiento de obligaciones que le correspondan a IGUALAS por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa aplicable a los contratos de medicina prepagada, 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 los datos de salud de sus empleados, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por IGUALAS 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 IGUALAS 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 IGUALAS 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, IGUALAS 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/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/

• 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 autentificación.

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 medicina prepagada suscrito con IGUALAS; y, ii) he leído y entiendo la información proporcionada en relación con el tratamiento de los datos personales de mis empleados en el presente documento y en la Información Adicional.

Ciudad	día / mes / año	Fima Afiliado