

**Por favor complete todas las secciones con LETRAS MAYÚSCULAS o seleccione el campo adecuado en donde sea indicado**

### **INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO**

1. Sírvase usar letra de imprenta e incluir toda la información solicitada.
2. Debe llenarse un reclamo separado para cada miembro de familia que esté haciendo un reclamo.
3. Adjunte todas la(s) factura(s) visión originales totalmente detalladas al formulario completo.
4. SECCIONES A, B, C, D, E y F – deben ser llenadas por el Asegurado (Empleado).  
**NOTA:** Esta sección debe ser llenada totalmente a fin de procesar el reclamo.
5. SECCIONES G y H – deben ser llenadas por el Proveedor de Servicios.  
**NOTA:** Si tiene usted una factura detallada por medicinas de receta, el Proveedor de Servicios no necesita llenar la Sección G del Formulario de Reclamo de Medicinas de Receta, pero toda la documentación, factura(s) médicas detalladas y recibo(s) deben incluir::
  - Nombre del Paciente
  - Fecha del Servicio
  - Naturaleza/Descripción de la Medicina Recetada
  - Cargos Facturados y tipo de Moneda para cada Servicio Provisto

Si toda la información anterior no está indicada en la(s) facturas(s)/recibo(s), el Proveedor de Servicios debe completar la Sección G.

Toda la documentación y correspondencia relacionada debe ser enviada a:

**Generali Worldwide**

P.O. Box 306, 266 Elmwood Avenue, Buffalo, NY 14222

Teléfono: +1 905 762 5193 Fax: +1 905 762 5194

[www.generali-healthcare.com](http://www.generali-healthcare.com)

### **ACCESO EN-LÍNEA**

Para ver su información en-línea, sírvase entrar a <https://services.hi-techhealth.com/bah/pages/signon.shtml> e ingresar su nombre de usuario y contraseña.

Si está usted entrando por primera vez, siga las siguientes instrucciones:

- Su nombre de usuario por defecto es su número de ID de Miembro o su número del National Insurance Board
- Su contraseña por defecto es su fecha de nacimiento en un formato de ocho dígitos (MMDDAAAA)
- Después de esta entrada inicial, se le pedirá que cambie de inmediato su contraseña

Una vez que haya entrado con éxito al portal de Miembros, seleccione el botón [Start Here] situado en el ángulo superior izquierdo. De inmediato tendrá acceso a la siguiente información:

1. **Reclamos de Empleados** – podrá ver el estado de sus reclamos, ver detalles de pagos, así como imprimir la Explicación de Beneficio(s).
2. **Vista del Archivo de Empleados** – podrá ver su información de cobertura, así como la de los dependientes que son parte de esta póliza. Esta sección también le permitirá verificar la exactitud de la información
3. **Documentos en-línea** – tendrá la capacidad de descargar una copia de su póliza, imprimir formularios de reclamos y tener acceso a cualquier otra referencia disponible.

El acceso en-línea estará disponible para usted 24/7, 365 días al año.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su acceso, o requiere información adicional, tome contacto con nosotros en el +1 905 762 5193.

**LAS SECCIONES A, B, C, D, E Y F DEBEN SER LLENADAS POR EL ASEGURADO (EMPLEADO)**

**A. INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Nombre del Grupo:

Número del Grupo:  Número ID de la Póliza:

**B. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (EMPLEADO)**

Nombre del Asegurado (Apellido, Nombre, Inicial):

Otros Nombres (si se aplica):

Fecha de Nacimiento:       Número NIB:

Dirección (Calle, No., Ciudad, Isla, País):

Teléfono (incluir código de área):

**C. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

DETALLES DEL PACIENTE (si difieren de la Sección B)

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial):

Fecha de Nacimiento:

Dirección (Calle, No., Isla, País):   Igual que la Sección B

Teléfono (incluir código de área):

Sexo del Paciente:  Hombre  Mujer Relación del Paciente al Asegurado:  Esposo/a  Hijo/a  Otro

¿Es el Dependiente estudiante a tiempo completo?  Si  No

En caso afirmativo, indique Fecha de Graduación Esperada

Este formulario de reclamo debe acompañarse con prueba de situación de estudiante o debe estar en archivo con Generali Worldwide en la fecha(s) de presentación de este reclamo. No hacerlo podría demorar el procesamiento de su reclamo.

**D. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

¿Está cubierto el paciente por otro plan de salud?  Si  No

En caso afirmativo, sírvase indicar Nombre y Dirección de Compañía de Seguros

Nombre del Asegurado:

Número de Grupo:

Número de Grupo:  Número ID de Póliza:

Fecha Efectiva de Cobertura:  ¿Es el Paciente el  Asegurado  Dependiente

¿Está este reclamo relacionado al trabajo?  Si  No ¿Está este reclamo relacionado a un accidente?  Si  No

Fecha del Incidente:

Proporcione una breve descripción de cómo ocurrió la lesión o el accidente.

Debe acompañarse un informe del incidente/accidente describiendo la naturaleza y causa de la lesión al formulario de reclamo. Además, si el accidente resultó de un Accidente de un Vehículo Motorizado, debe también incluirse un Informe Policial. El no hacerlo podría demorar el procesamiento de su reclamo.

**E. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

ASIGNACIÓN: Pague el saldo adeudado directamente al Proveedor en la dirección indicada en la Sección H  Si  No

Si no, indique abajo su método preferido de pago.

- 1.  Cheque – Indique la preferencia a de la moneda
  - Basada en la moneda de la póliza (Dólares Americanos)
  - Si se hace el pago en Dólares Americanos por favor compruebe que su banco acepte Dólares Americanos.
- 2.  Transferencia Bancaria: usted debe de llenar la forma internacional de la transferencia bancaria.

Esta forma la puede encontrar en el sitio de internet de los miembros:  
<https://services.hi-techhealth.com/bah/pages/signon.shtml> en la parte de documentos en Linea.

**NOTA:** Cualquier costo de la transferencia bancaria es responsabilidad del asegurado y será deducido del pago.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS AL PROVEEDOR DE SERVICIOS: Por la presente autorizo el pago directamente suscrito al proveedor de servicios, si lo hubiese, de otra forma pagable a mi por servicios prestados como se describen a continuación por sin exceder el cargo razonable acostumbrad por dichos servicios.

Firma de la Persona Asegurada (Padre/Madre o Guardián si el reclamo es para un menor)

Fecha:

**F. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN – El reclamo no puede ser procesado sin la firma del Asegurado**

AUTORIZACIÓN: Certifico que la información proporcionada por mí en apoyo de esta reclamo es verdadera y correcta. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleador, hospital, médico, cirujano, farmacéutico, institución educativa u otra persona a divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo. Una copia fotostática u otra reproducción de esta autorización será tan válida como el original.

Firma de la Persona Asegurada (Padre/Madre o Guardián si el reclamo es para un menor)

Fecha:

**LAS SECCIONES G Y H DEBEN SER LLENADAS POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.**

**G. RESUMEN DE SERVICIOS PROPORCIONADOS**

Fecha de la ACTUAL ENFERMEDAD (primer síntoma) o LESIÓN:

Si el Paciente ha tenido la misma o similar enfermedad, proporcione FECHAS:

1.       2.       3.

Diagnóstico:

| Categoría de Servicios    | Fecha de Servicio | Lugar de Servicio | Código de Procedimiento | Descripción | Código de Diagnóstico | Unidad | Cargos |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|--------|--------|
| Examen de los Ojos        | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Lentes para Visión Simple | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Lentes Bifocales          | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Lentes Trifocales         | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Marcos                    | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Lentes de Contacto        | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Contactos (Médicos)       | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Otros                     | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |
| Otros                     | (MM/DD/AAAA)      |                   |                         |             |                       |        |        |

Número de Cuenta del Paciente:

Número ID del Médico/Proveedor:

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Cargos Totales</b>           | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> |
| <b>Monto Pagado</b>             | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> |
| <b>Saldo Adeudado Pendiente</b> | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> |

## H. INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR

Por la presente certifico que los procedimientos como se indican por fecha han sido completados y que los pagos presentados son los reales que he cargado y que intento cobrar por esos procedimientos.

### Examinador

Nombre del Proveedor:

Dirección del Proveedor (No., Calle):

Ciudad, Isla, País:

Teléfono (incluir código de área):

Fax (incluir código de área):

Poner sello oficial (si lo tiene)

Firma:

Fecha:

     

### Farmacéutico

Nombre del Proveedor:

Dirección del Proveedor (No., Calle):

Ciudad, Isla, País:

Teléfono (incluir código de área):

Fax (incluir código de área):

Poner sello oficial (si lo tiene)

Firma:

Fecha:

     

## J. ADVERTENCIA

Cualquier persona, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurador, que presenta una solicitud o un reclamo conteniendo una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

---

*Office: Generali Worldwide, 2nd Floor, Campbell Maritime Centre, West Bay Street, Nassau, Bahamas.*

*Mailing Address: Generali Worldwide, P.O. Box AP-59217, Slot 2052, Nassau, Bahamas.*

*Licensed by the Insurance Commission of the Bahamas to carry on long-term insurance business in the Commonwealth of the Bahamas.*

*T +1 242 328 6330 F +1 242 328 5972*

*salesbahamas@generali-worldwide.com*

**Generali Worldwide is a trading name of Utmost Worldwide Limited**

*Registered Head Office address: Utmost Worldwide Limited, Utmost House, Hirzel Street, St Peter Port, Guernsey, Channel Islands GY1 4PA.*

*Regulated in Guernsey as a licensed insurer by the Guernsey Financial Services Commission under the Insurance Business (Bailiwick of Guernsey) Law, 2002 (as amended).*

*Incorporated in Guernsey under Company Registration No. 27151.*

*general-healthcare.com*

*Websites may make reference to products that are not authorised or regulated and/or are not available for offering to planholders in certain jurisdictions.*