DEPARTAMENTO DE RECLAMOS

INSTRUCTIVO PARA EL ASEGURADO
(PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES)

- Asistencia Global 24/7
- Pasos a seguir en Emergencia
- Pasos a seguir en Hospitalización Programada (secundaria a accidente cubierto según condiciones generales de póliza contratada)
- Como presentar un reclamo o reembolso convencional
- Formulario Notificación de Hospitalización
- Formulario Solicitud de Reembolso

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS
Tel.: (502) 2501-2222, Ext. 216, 220 y 223
Tel. Emergencia: (502) 5946-2993
Correo electrónico: wvenegas@bmicos.com

DEPARTAMENTO DE RECLAMOS

ASISTENCIA GLOBAL 24/7

Ponemos a su disposición nuestros teléfonos de servicio, atención y emergencia. Favor tomarlos en cuenta para cualquier eventualidad que se pueda presentar.

Guatemala
(502) 5946-2993

Guatemala
PBX (502) 2501-2222

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222

PASOS A SEGUIR EN EMERGENCIA

1. Asegurado, al momento de ingresar a Hospital (área de emergencia) debe identificarse con DPI e informar que posee seguro con BMI.

2. Completar formulario Autorización de Hospitalización y Urgencias (proporcionado por personal del Hospital).

3. Proveedor de servicio notifica ingreso de Asegurado.

4. Evaluación de caso.

5. Confirmación de cobertura por medio de emisión carta garantía de pago, documento emitido por BMI es enviado a Proveedor de servicio.

6. Al egreso Asegurado cancela deducible, gastos no cubiertos, exceso de límite disponible, coaseguro según condiciones de la póliza

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222

PASOS A SEGUIR EN HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA

1. Completar formulario NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, (debe efectuarse con 72 horas de anticipación).

2. Enviar a BMI Compañía de Seguros de Guatemala (wvenegas@bmicos.com), notificación de hospitalización, completada en todas sus secciones acompañada de informe médico y resultados de estudios realizados, para respectiva evaluación.

3. Confirmación de cobertura por medio de emisión carta garantía de pago

4. Envío de Carta Garantía de Pago a Hospital donde se practicará procedimiento y copia de la misma al Agente.

5. Asegurado al momento de ingreso debe presentar DPI e informar que posee seguro con BMI.

6. Completar formulario Autorización de Hospitalización y Urgencias (proporcionado por personal de Hospital).

7. Al egreso Asegurado cancela deducible, gastos no cubiertos, exceso de límite disponible, coaseguro según condiciones de la póliza.

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222

COMO PRESENTAR UN RECLAMO O REEMBOLSO CONVENCIONAL

- **Completar y firmar la siguiente documentación:**
    - Solicitud de reembolso, firmada por asegurado y firmada y sellada por médico tratante
- Adjuntar las **facturas originales (emitidas a nombre del asegurado)** por los gastos incurridos
- Adjuntar los **informes de imágenes**
- Adjuntar las **recetas originales**

Las facturas a considerarse serán solamente aquellas que tengan las siguientes características:

- Nombre del asegurado/paciente.
- Número de factura impresa.
- Nombre y razón social de la entidad o médico.
- Descripción del servicio recibido.
- Cuentas de farmacia deben ser acompañadas de la prescripción médica.

Los requisitos antes señalados son básicos para iniciar el proceso de la reclamación.

Una vez que estos documentos estén en nuestro poder, la Compañía solicitará directamente a los médicos y/o hospitales cualquier otra información adicional del historial médico, en caso de que fuese necesario.

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222

SEGUROS DE GUATEMALA

NOTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTES PERSONALES

Fecha: _____/_____/_____

Nombre del intermediario:_____

Asegurado principal:_____

Nombre del paciente_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Número de póliza:_____

Tipo de plan: _____

Diagnóstico:_____

Procedimiento a realizar: _____

Código CPT (si aplica): _____

Estimado de la cirugía: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono y fax: _____

Persona a contactar: _____

Hospital: _____

Ciudad:_____

Fecha de ingreso: _____/_____/_____

Comentarios: _____

_____

_____

La notificación de una hospitalización es OBLIGATORIA en todos los casos y en cualquier país.

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR ACCIDENTES PERSONALES

Para el trámite de reclamación favor adjuntar: Facturas originales, informes de imágenes, recetas originales

SECCIÓN I - ASEGURADO:

Fecha: _____/_____/_____

Nombre del paciente: _____

Número de póliza: _____

Firma del Asegurado: _____

SECCIÓN II – MÉDICO TRATANTE:

Fecha del accidente: _____/_____/_____ Hora: _____AM/PM

Diagnóstico: _____

_____

Procedimiento o Tratamiento Médico:_____

Historia Clínica:_____

_____

_____

Observaciones:_____

_____

Nombre del médico: _____ Nombre Hospital _____

Firma y Sello del médico: _____

BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.
15 Calle 1-11 Zona 10, Edificio TerraEsperanza, Nivel 3, Oficina 301
Tel. (502) 2501-2222