



FORMULARIO DE RECLAMACION AL SEGURO POR ACCIDENTE & ENFERMEDAD

GRUPO:	NUMERO DE POLIZA:	FECHA: _____
Nombre _____	Estudiante Seguro ID # <input type="radio"/> Social # _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección Actual _____	Número y Calle _____	Ciudad _____
Número de Teléfono _____	Estado _____	Código Postal _____
Nombre de la Persona a su Cargo _____	Seguro Social # _____	Fecha de Nacimiento _____

- Fecha de la lesión o del comienzo de la enfermedad _____
- ¿Cuándo fue consultado un médico por primera vez? _____
- Está la lesión relacionada con el trabajo? Sí No ¿Se debe la lesión a un accidente automovilístico? Sí No
- Si hay lesión, describa cómo y dónde ocurrió el accidente

- Naturaleza de la lesión o enfermedad _____
- Haga una lista de todos los medicamentos prescritos por esta lesión/enfermedad

- ¿Ocurrió la lesión mientras practicaba o jugaba un deporte? Sí No
Si sí, por favor chequee uno de los siguientes: Intramural/Club Nombre del Deporte

 Otro _____ Intercolegial Firma del Entrenador Atlético _____
- Ha sufrido usted una condición similar antes? Sí No Si sí, y usted fue tratado/a previamente, fechas en que fue tratado/a: _____

Nombre y dirección del médico que lo/a trató: _____
- Si hospitalizado/a en ese momento, fecha en que estuvo confinado/a al hospital: _____
Nombre y dirección del hospital: _____

¿Tiene otro seguro que cubra su condición (grupo, individual, automóvil, médico, o responsabilidad)? Sí No

Si sí, quién es el asegurado? Usted Padre/Madre Esposo/Esposa Dé el nombre de la Compañía _____

Si está cubierto/a bajo el seguro de su Padre/Madre/ Esposo/Esposa o si está asegurado/a privadamente, por favor, incluya la siguiente información:

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Nombre del Padre/Madre/Esposo/Esposa (Asegurado/a) _____ Seguro Social # _____

Nombre y Dirección del Empleador _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

SE PAGARA A LOS PROVEEDORES DE SERVICIO (HOSPITAL, MEDICO, Y OTROS), A MENOS QUE UN RECIBO DE PAGO O ESTADO DE CUENTA ACOMPAÑE A LA CUENTA EN EL MOMENTO EN QUE SE SOMETA LA RECLAMACION.

IMPORTANTE: ESTE FORMULARIO TIENE QUE SER COMPLETADO Y DEVUELTO A LA COMPAÑIA DENTRO DE 90 DIAS DE LA FECHA DEL TRATAMIENTO ACOMPAÑADO POR TODAS LAS CUENTAS INCURRIDAS HASTA ESA FECHA. POR FAVOR ADJUNTE LAS CUENTAS DETALLADAS .

AUTORIZACION: Por la presente, yo autorizo a Global Claims Administration, o a su representante, para inspeccionar o asegurar copias de los récords de la historia del caso, reportes de laboratorio, diagnósticos, pronósticos, rayos-x, y cualquier otra información cubriendo ésta reclusión y / o previas reclusiones y/o discapacidades.

Una copia fotostática de esta autorización debe ser considerada tan efectiva y válida como el original.

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE O DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** _____

NOTICIA IMPORTANTE

Fraud Warning: Any person who, with the intent to defraud or knowingly facilitates a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement, or conceals information for the purpose of misleading may be guilty of insurance fraud and subject to criminal and/or civil penalties.

Notice to Arizona Claimants: For your protection Arizona Law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Notice to California Claimants: For your protection California law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Notice to Colorado Claimants: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policy holder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policy holder or claimant with regard to a settlement or amount payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

Notice to Hawaii Claimants: For your protection Hawaii Law requires you to be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment or both.

Notice to Idaho Claimants: Any person who knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement or claim containing a false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

Notice to Kentucky Claimants: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such a person to criminal and civil penalties.

Notice to Oklahoma Claimants: Warning: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

Notice to Pennsylvania Claimants: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such a person to criminal and civil penalties.

Notice to Texas Claimants: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

HOW TO FILE A CLAIM

Please follow these instructions:

- Complete front of claim form, in full;
- Sign Medical Authorization and Authorization to Pay Benefits on front of claim form;
- Mail to Administrator with itemized bills, showing diagnosis, and Explanation of Benefits from your primary insurance carrier for each bill (if applicable)

All itemized bills must include:

1. Patient's Name;
 2. Patient's Address;
 3. Diagnosis;
 4. Date of Service;
 5. Description of Service (CPT Coding);
 6. Medical Provider's Name, Address, Telephone Number, and Federal Tax ID Number
 7. Office Notes from referring/ordering physician if related to COVID19
- A completed claim form must be submitted for each injury or sickness a student sustains.

Keep copies of all claims forms, bills, and correspondence for your own records.

In order for benefits to be paid, claim forms must be filed within 90 days from the date of injury or sickness.