



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
POR ACCIDENTE

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA DEBE ESTAR COMPLETA. DE LO CONTRARIO, LA RECLAMACIÓN NO PODRÁ SER PROCESADA.

Nombre completo del estudiante (en letra de imprenta)
Fecha exacta del accidente
Número de seguro social del estudiante
Fecha de nacimiento del estudiante

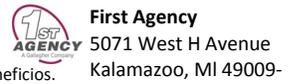
PADRE
Nombre completo del padre
Domicilio
Ciudad Estado Código postal
Teléfono de la casa
Nombre del empleador Cargo
Dirección del empleador
Ciudad Estado Código postal
¿Trabajador independiente? Sí NO

MADRE
Nombre completo de la madre
Domicilio
Ciudad Estado Código postal
Teléfono de la casa
Nombre del empleador Cargo
Dirección del empleador
Ciudad Estado Código postal
¿Trabajador independiente? Sí NO

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN AUNQUE LOS BENEFICIOS NO SEAN PROPORCIONADOS:
¿Tiene seguro? Sí NO ¿Este estudiante está cubierto por el seguro? Sí NO
Nombre del seguro médico
Número de seguro social
Número de teléfono () Número de grupo
Si usted está empleado pero su dependiente no está cubierto por el plan de su empleador, se requiere una carta de su empleador para este fin.

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN AUNQUE LOS BENEFICIOS NO SEAN PROPORCIONADOS:
¿Tiene seguro? Sí NO ¿Este estudiante está cubierto por el seguro? Sí NO
Nombre del seguro médico
Número de seguro social
Número de teléfono () Número de grupo
Si usted está empleado pero su dependiente no está cubierto por el plan de su empleador, se requiere una carta de su empleador para este fin.

AUTORIZACIÓN para permitir el uso y divulgación de información de salud



Esta autorización ha sido elaborada por First Agency, Inc. con el propósito de obtener la información necesaria para procesar una reclamación de beneficios.
Al presentar el original o una fotocopia de esta autorización firmada, autorizo, sin restricción alguna (con excepción de las notas de psicoterapia), a cualquier médico autorizado, profesional médico, hospital u otra institución de atención médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, organismo gubernamental, compañía de seguros, titular de póliza colectiva, administrador del empleador o del plan de beneficios, a proporcionar a First Agency, Inc. o a un representante, abogado, agencia de información crediticia o administrador independiente que actúe en su nombre, toda la información relacionada con consejos médicos y atención o tratamiento proporcionado al paciente, empleado o fallecido nombrado a continuación, incluida toda la información relacionada con enfermedades mentales, uso de drogas o uso de alcohol. Esta autorización también incluye la información proporcionada a nuestra división de salud para la evaluación o reclamación de beneficios, y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en las solicitudes anteriores. Si esta autorización es para alguien que no sea yo, esa persona me ha dado la autoridad para actuar en su nombre tal como se explica a continuación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante el envío de una notificación por escrito a mi representante o a la empresa, a la dirección indicada anteriormente. Entiendo que una revocación no será efectiva en la medida en que nos hayamos basado en el uso o divulgación de la información de salud protegida, o si mi autorización fue obtenida como condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Las solicitudes de revocación deben ser enviadas por escrito a la atención del Supervisor de Reclamaciones.

Entiendo que First Agency puede condicionar el pago de una reclamación una vez firmada esta autorización, si la divulgación de información es necesaria para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. También entiendo que, una vez que la información haya sido divulgada de conformidad con esta autorización, continuará estando protegida por First Agency de acuerdo con las leyes federales o estatales.

Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado, tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicitemos.

Esta autorización es válida a partir de la fecha en que ha sido firmada, y durante el proceso de la reclamación.

Nombre del representante autorizado o del familiar más cercano (en letra de imprenta)
Firma del representante autorizado o del familiar más cercano
Fecha
Nombre del solicitante (en letra de imprenta)
Firma del solicitante (si es mayor de 18 años de edad)
Fecha
Relación del representante autorizado o familiar más cercano con el solicitante

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA/ADMINISTRADOR/FUNCIONARIO/TITULAR DE LA PÓLIZA

El estudiante asiste a la escuela: en el distrito
Nombre completo del estudiante (escribir el apellido, nombre, inicial del segundo nombre, en letra de imprenta): Sexo: Masculino Femenino Grado:
Domicilio del estudiante:
Fecha del accidente: Hora del accidente: AM PM
Descripción detallada del accidente: ¿Cómo ocurrió? (o adjunte el reporte del accidente realizado por el representante de la escuela que fue testigo del accidente)
¿Dónde ocurrió?
Parte del cuerpo lesionada: Derecha Izquierda
Actividad: Interescolar Interna Asociación Otro (describir):
Nombre de la autoridad escolar a cargo de la supervisión de la actividad:
¿El supervisor fue testigo del accidente? Sí No Si la respuesta es "No", ingrese la fecha en que fue reportado a la escuela:

Firma del funcionario de la escuela
Fecha
Cargo del funcionario de la escuela (en letra de imprenta)

FIRST AGENCY, INC.
5071 West H Avenue, Kalamazoo, MI 49009
1-269-381-6630

HIPAA AUTORIZACIÓN
Para permitir el uso y divulgación de información de salud

Esta autorización fue preparada por GTL a los efectos de obtener la información necesaria para procesar un reclamo de beneficios.

Póliza / Certificado # 214-120-148

A la presentación del original o una fotocopia de esta autorización firmada, yo autorizo, sin restricción alguna (excepto notas de psicoterapia), cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital u otra institución de atención médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, póliza de grupo, el empleador o administrador del plan de beneficios para proporcionar Guarantee Trust Life Insurance Company (GTL) o un agente, abogado, agencia de información o administrador independiente, que actúa en el nombre, todos los consejos de la información relativa a, atención o tratamiento siempre que el paciente, empleado o fallecida nombrada a continuación, incluyendo toda la información relativa a las enfermedades mentales, uso de drogas o el uso de alcohol. Esta autorización también incluye la información proporcionada a nuestra división de salud para la suscripción o servicio de reclamación y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en las aplicaciones anteriores. Si esta autorización es para alguien que no sea yo, ese individuo y mi autoridad para actuar en su nombre se explica a continuación. Entiendo que yo o mi representante tendrán derecho a recibir una copia de la autorización a petición.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a mi (nuestra) agente o la empresa en la dirección anterior. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en la empresa se ha basado en el uso o divulgación de la información de salud protegida o si mi autorización se obtuvo como condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Peticiones revocación debe ser enviada por escrito a la atención del Director del Departamento de Reclamación.

Entiendo que Guarantee Trust Life Insurance Company puede condicionar el pago de una reclamación al firma esta autorización, si es necesaria la divulgación de información para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. También entiendo una vez que la información sea revelada a nosotros en virtud de esta autorización, la información permanecerá protegida por GTL, de acuerdo con la ley federal o estatal.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma para la duración de la reclamación.

(Por favor usar letra de molde) Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

(Por favor usar letra de molde) Nombre del representante autorizado, o pariente más cercano

Relación del representante autorizado o pariente más cercano con el paciente

Firma del representante autorizado o de Familiares

Fecha

Estimados padres:

Nuestra escuela ofrece cobertura de accidentes para todos los estudiantes. A continuación, detallamos información importante relacionada con esta cobertura. Esta es solamente una breve descripción de referencia, no es la póliza.

Sólo están cubiertos los *ACCIDENTES* que ocurren durante las actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluidos los accidentes ocurridos a los participantes en deportes interescolares.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

Un acontecimiento inesperado, repentino y definible que constituye la causa directa de una lesión corporal, independientemente de cualquier enfermedad, lesión previa o predisposición congénita.

Los padecimientos ocasionados por la participación en una actividad determinada no constituyen necesariamente accidentes. Por ejemplo, no están cubiertas las enfermedades, dolencias, deterioros o padecimientos en un área específica del cuerpo causados por el estrés, ni las condiciones existentes agravadas debido a un accidente.

- A. Este plan de seguro se adquiere *EN EXCESO SOLAMENTE*. No duplicará los beneficios pagados o a ser pagados por cualquier otro seguro o plan, incluidos los de la Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).
- B. La póliza no cubrirá los gastos a ser pagados en virtud de la HMO o del PPO del asegurado. Si el asegurado opta por no utilizar un proveedor médico autorizado (en la HMO o el PPO), la póliza sólo cubrirá los gastos incurridos que hubieran sido pagados si el asegurado hubiera utilizado el proveedor médico adecuado.
- C. El tratamiento médico de un accidente cubierto debe iniciarse en un plazo de 60 días contados a partir de la fecha del accidente. Sólo son considerados los gastos incurridos en 52 semanas. Los beneficios se determinan sobre una base *RAZONABLE Y HABITUAL* establecida de acuerdo a la ubicación geográfica en la que los servicios son prestados.
- D. Las exclusiones específicas de la póliza incluyen, por ejemplo, enfermedades, dolencias o hernia de cualquier tipo; peleas; medicamentos de venta libre y aparatos ortopédicos no recetados exclusivamente para la rehabilitación (por ejemplo, corsé, protector bucal).
- E. Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación fraudulenta con cualquier tipo de información falsa o engañosa, es culpable de fraude y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Los accidentes deben ser reportados a la escuela en un plazo de 20 días. Las facturas médicas deben ser presentadas a First Agency en un plazo de 90 días después de la fecha del tratamiento. Las preguntas relacionadas con los procedimientos para una reclamación deben ser dirigidas a First Agency en 5071 West H Avenue, Kalamazoo, Michigan 49009 o al 269/381-6630 o por fax al 269/381-3055.

CÓMO PRESENTAR SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE:

- 1. Complete *TODOS* los espacios en blanco. Si la información no es aplicable, indique la razón por la cual no lo es (por ejemplo, fallecido, desconocido).
- 2. Adjunte todas las facturas *DETALLADAS* de *GASTOS MÉDICOS SOLAMENTE* hasta la fecha (no incluya estados de cuenta con saldos vencidos). Las facturas médicas posteriores pueden ser presentadas en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de tratamiento.
- 3. Incluya todas las fichas, denegaciones o estados de cuenta de los beneficios proporcionados por su compañía principal de seguros. Cada cargo *debe* ser procesado por todos los otros seguros/planes antes de que pueda ser procesado por First Agency, Inc.
- 4. Si usted está empleado y su empleador no le proporciona ninguna cobertura, *SU EMPLEADOR DEBE ENVIAR UNA CARTA DE VERIFICACIÓN EN LA QUE DECLARE QUE NO SE LE PROPORCIONA COBERTURA*.
- 5. Envíe el formulario de reclamación por correo postal en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha del accidente a:

First Agency
5071 West H Avenue
Kalamazoo, MI 49009-8501