

Nº de serie de reclamación (uso exclusivo de la oficina)



Guarantee Trust Life Ins.  
Co. administrada por  
**First Agency**  
5071 West H Avenue  
Kalamazoo, MI 49009-8501

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE

**PADRE/TUTOR PARA COMPLETAR**  
**TODA LA INFORMACIÓN DEBE ESTAR COMPLETA O NO SE PODRÁ**  
**TRAMITAR LA RECLAMACIÓN**

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha exacta del accidente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

### PADRE

Nombre completo del padre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿Autónomo? ☐ Sí ☐ No

**POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN INCLUSO SI NO SE PROPORCIONAN BENEFICIOS:**

¿Cuenta con un seguro? ☐ Sí ☐ NO

¿Está cubierto? ☐ Sí ☐ NO

Nombre del plan de seguro \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

**Si tiene un empleo, pero su dependiente no está cubierto por el plan de su empleador, se requiere una carta a este efecto de su empleador.**

### MADRE

Nombre completo de la madre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿Autónomo? ☐ Sí ☐ No

**POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN INCLUSO SI NO SE PROPORCIONAN BENEFICIOS:**

¿Cuenta con un seguro? ☐ Sí ☐ NO

¿Está cubierto? ☐ Sí ☐ NO

Nombre del plan de seguro \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

**Si tiene un empleo, pero su dependiente no está cubierto por el plan de su empleador, se requiere una carta a este efecto de su empleador.**

**AUTORIZACIÓN - Para permitir el uso y la divulgación de la información médica, por favor complete el Formulario de Autorización en la página siguiente.**

### ESCUELA/ADMINISTRADOR/FUNCIONARIO/TITULAR DE LA POLÍTICA A COMPLETAR

Escuela a la que asiste el estudiante \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Distrito escolar \_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM

Descripción detallada del accidente: ¿Cómo ocurrió? (o adjunte el informe de accidente completado por el representante de la escuela que presenció el accidente) \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_ ☐ Derecha ☐ Izquierda

Actividad: \_\_\_\_\_ ☐ Intercolegial ☐ Intramural ☐ Club ☐ Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Nombre de la autoridad escolar que supervisa la actividad: \_\_\_\_\_

¿El supervisor fue testigo del accidente? ☐ Sí ☐ No Si es no, fecha en que se informó a la escuela: \_\_\_\_\_

**Firma del funcionario escolar** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Título del funcionario escolar:** \_\_\_\_\_



First Agency  
5071 West H Avenue  
Kalamazoo, MI 49009

## AUTORIZACIÓN HIPAA

Para permitir el uso y la divulgación de información médica

**Esta autorización se ha preparado con el fin de obtener información para tramitar una solicitud de beneficios.**

**Póliza/Certificado#** \_\_\_\_\_

Yo, el infrascrito, autorizo a cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital, clínica u otra institución de tipo médica, farmacias, administradores de beneficios de farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, organización de apoyo a los seguros, agencia de informes del consumidor, titular de una póliza colectiva, empleador o administrador de un plan de beneficios a proporcionar a First Agency o a un agente, abogado o administrador independiente, que actúe en su nombre, toda la información médica y de salud relacionada con el asesoramiento, la atención o el tratamiento proporcionado al paciente nombrado a continuación. Esta información médica o de salud incluye información sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental, el alcohol y el consumo de drogas. También incluye información sobre el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal restrinja lo contrario. Esta Autorización excluye las notas de psicoterapia. Esta Autorización también incluye la información proporcionada a nuestra división de salud para la suscripción o el servicio de reclamaciones y la información proporcionada a cualquier compañía de seguros afiliada en solicitudes anteriores. Entiendo que yo o mi representante autorizado tenemos derecho a recibir una copia de la Autorización si la solicitamos.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a First Agency, a la atención del Gerente del Departamento de Reclamaciones, a la dirección anterior. Entiendo que una revocación no será efectiva en la medida en que First Agency haya confiado en el uso o divulgación de la información médica protegida o si mi Autorización fue obtenida como una condición para determinar mi elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que First Agency puede condicionar el pago de una reclamación a mi firma de esta Autorización si la divulgación de información es necesaria para determinar el nivel o la validez del pago de la reclamación. El no firmar esta Autorización, o la revocación subsecuente de esta Autorización, puede perjudicar la habilidad de First Agency para procesar su solicitud o evaluar reclamaciones, y puede ser una base para negar una solicitud o reclamación de beneficios; sin embargo, su habilidad para recibir servicios de cuidado de salud no cambiará si usted no firma esta Autorización.

Una vez que la información sea divulgada a First Agency de acuerdo con esta Autorización, la información permanecerá protegida por First Agency de acuerdo con las leyes de privacidad federales o estatales. Sin embargo, entiendo además que si una persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por las regulaciones federales de privacidad, la información puede ser redivulgada por dicha persona o entidad y probablemente ya no estará protegida por la regulación federal de privacidad.

Esta autorización permanecerá en vigor y en efecto hasta dos (2) años a partir de la fecha de la firma de esta autorización, momento en el cual esta autorización expirará.

Si esta Autorización está firmada por mi representante autorizado, la autoridad de esa persona para actuar en mi nombre se describe a continuación.

\_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de molde) Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de molde) Nombre del representante autorizado o del familiar más cercano

\_\_\_\_\_  
Relación del representante autorizado o del familiar más cercano al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado o del familiar más cercano

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estimados padres:

Nuestra distrito escolar ofrece cobertura contra accidentes para todos los estudiantes. A continuación, encontrará información importante sobre esta cobertura. Se trata de una breve descripción para referencia solamente y no es la póliza.

Únicamente están cubiertos los **ACCIDENTES** que se produzcan en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, **INCLUIDOS** los participantes en deportes interescolares.

**DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:**

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

Las condiciones resultantes de la participación en una actividad no constituyen necesariamente accidentes. Por ejemplo, no se cubren enfermedades, dolencias, degeneración, afecciones causadas por un estrés continuado en una zona concreta del cuerpo y afecciones existentes agravadas por un accidente.

- A. Este plan de seguro es **SOLO EXCESIVO**. No duplicará los beneficios pagados o pagaderos por cualquier otro seguro o plan, incluyendo HMO o PPO.
- B. La póliza no cubrirá los gastos pagaderos bajo la HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) del asegurado, o PPO (Organización de Proveedores Preferentes). Si el asegurado opta por no utilizar un proveedor médico autorizado (bajo HMO o PPO), la póliza solo cubrirá los gastos incurridos que habría pagado si el asegurado hubiera utilizado el proveedor médico adecuado.
- C. El tratamiento médico por un accidente cubierto debe comenzar dentro de los 60 días siguientes a dicho accidente. Solo se consideran los gastos incurridos dentro de las 104 semanas. Los beneficios se determinan sobre la base de lo **RAZONABLE Y HABITUAL** para el lugar geográfico donde se prestan los servicios.
- D. Las exclusiones específicas de la póliza incluyen, pero no se limitan a, enfermedades o malestares de cualquier tipo; medicamentos no recetados; peleas; y aparatos ortopédicos no prescritos exclusivamente para rehabilitación (por ejemplo, férula de juego, protector bucal).
- E. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una solicitud de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros y estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Los accidentes deben ser informados a la escuela en un plazo de 20 días. Las facturas médicas deben presentarse a First Agency dentro de los 90 días siguientes a la fecha de tratamiento. Cualquier pregunta sobre los procedimientos de la reclamación pueden dirigirse a First Agency en 5071 West H Avenue, Kalamazoo, Michigan 49009 o al 269/381-6630 o Fax 269/381-3055.

**CÓMO PRESENTAR EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE:**

- 1. Complete **TODOS** los espacios en blanco. Si la información no aplica, indique la **razón** por la que no lo hace (por ejemplo, fallecido, desconocido).
- 2. Adjunte todas las facturas **DETALLADAS** hasta la fecha (**no** los extractos de saldos pendientes de pago) para los **GASTOS MÉDICOS ÚNICAMENTE**. Las facturas médicas posteriores pueden presentarse dentro de los 90 días siguientes a la fecha del tratamiento.
- 3. Incluya todas las hojas de control, denegaciones, y/o declaraciones de beneficios de su asegurador primario. (Cada cargo **debe** ser procesado por todos los otros seguros/planes antes de que puedan ser procesados por First Agency)
- 4. Si está empleado y su empleador no le proporciona cobertura, **DEBE PRESENTAR UNA CARTA DE VERIFICACIÓN DE SU EMPLEADOR EN LA QUE SE DECLARE QUE NO SE PROPORCIONA COBERTURA**.
- 5. Envíe el formulario de reclamación dentro de los 90 días siguientes al accidente a:

Guarantee Trust Life Ins. Co. administrada  
por First Agency  
5071 West H Avenue  
Kalamazoo, MI 49009-8501