FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL ESTUDIANTE

HSR
ACCIDENT INSURANCE SOLUTIONS
P.O. Box 250649
Plano, Texas 75025-0649
Pagador ID# 65449
Teléfono: (972) 512-5600 Fax: (972) 512-5818
Número gratuito (866) 409-5734

Distrito escolar: Duplin County

Nombre de la escuela:

Número de ID del estudiante:

Número de póliza: 99126205 | 99126206 | 99126207

1. Complete este formulario en su totalidad
2. Adjunte facturas detalladas (formulario UB04 o HCFA-1500)
3. Envíe por correo, correo electrónico o fax a *HSR*

Correo electrónico: K12claims@hsri.com

PARTE I - INFORME DEL ASEGURADO

1. Nombre del reclamante (persona lesionada/enferma)	2. Número de Seguro Social	3. Género ☐ M ☐ F	4. Fecha de nacimiento	5. Correo electrónico

6. Dirección de la persona lesionada	7. Número de teléfono (incluya el código de área)

8. Nombre del padre/tutor legal, dirección, ciudad, estado y código postal	9. Número de teléfono (incluya el código de área)

10. Fecha del accidente/enfermedad	11. Momento del accidente ☐ a.m ☐ p.m.	12. Lugar donde se produjo el accidente	13. Fecha del primer tratamiento

Reclamaciones dentales	14. Indique qué dientes estuvieron implicados en el accidente	15. Describa el estado de los dientes lesionados antes del accidente: ☐ Completo, sano y natural ☐ Relleno ☐ Corona ☐ Artificial

16. Tipo de lesión (indique la parte del cuerpo lesionada, p. ej,, brazo roto, tobillo torcido, etc.) ¿La lesión provocó la muerte? ☐Sí ☐No

17. Describa cómo ocurrió el accidente o la naturaleza de la enfermedad - Dé todos los detalles posibles

18. Lo que mejor describe la actividad:

☐ Juego o práctica de deportes interescolares	☐ Durante la hora del almuerzo	☐ Periodo atlético
☐ No relacionado con la escuela	☐ En el autobús escolar	☐ En las instalaciones de la escuela durante el horario escolar
☐ Clase de educación física	☐ Excursión patrocinada por la escuela	☐ Actividad patrocinada por la escuela durante el horario escolar
	☐ Desplazamiento hacia/desde la escuela	☐ Actividad de ROTC

19. Nombre de la persona que supervisa la actividad	20. Si practicaba un deporte interescolar en el momento de la lesión, ¿cuál era ese deporte?

Firma del padre/tutor legal:	Firma del funcionario de la escuela:
X Fecha:	X Fecha:

PARTE II - DECLARACIÓN DE OTROS SEGUROS

¿Tiene usted/el cónyuge/el padre atención médica o está el reclamante inscrito como individuo, empleado o miembro dependiente de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un plan de atención médica prepaga similar, o cualquier otro tipo de cobertura de plan de accidentes/salud/enfermedad a través de su empleador u otra fuente en usted o, si procede, tiene su hijo/hija cobertura de atención médica como dependiente de su matrimonio anterior según lo dispuesto en una sentencia de divorcio? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros _____ Póliza N.° _____

Nombre de la compañía de seguros _____ Póliza N.° _____

Si corresponde, el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador principal del reclamante _____

Si corresponde, nombre, dirección y número de teléfono del empleador principal de la madre _____

Si corresponde, nombre, dirección y número de teléfono del empleador principal del padre _____

SI EXISTEN OTROS PLANES DE SEGURO O DE ATENCIÓN MÉDICA, PRESENTE COPIAS DE SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS junto con su reclamación.
SI NO EXISTE OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD, LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.
Estoy de acuerdo en que, si se determina en una fecha posterior que hay un seguro (o similar), para reembolsar *HEALTH SPECIAL RISK, INC.*, o a la compañía de seguros en la medida de cualquier cantidad cobrable.
Aviso de advertencia de fraude en New York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no podrá exceder de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de dichas violaciones.

Firma del padre/tutor legal:	Firma del testigo:
X Fecha:	X Fecha:

PARTE III - AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LAS PRESTACIONES AL PROVEEDOR

Por la presente, autorizo que los pagos médicos se realicen directamente a los médicos, hospitales o proveedor(es) de servicio(s) indicado(s) en relación con esta reclamación. (Si no está firmado, presente el comprobante de pago)

FIRMA _____ **FECHA** _____

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, hospital, médico u otra persona que haya atendido o examinado al reclamante a revelar, cuando se le solicite, toda la información con respecto a cualquier lesión, cobertura de la póliza, historial médico, consulta, prescripción de medicamentos o tratamiento, y copias de todos los registros hospitalarios o médicos. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Al introducir su nombre arriba en la Parte II y la Parte III, está firmando este formulario de reclamación electrónicamente. Acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual/escrita en este formulario de reclamación.

AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL ESTADO

Alabama	Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o prestación o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas de restitución o de reclusión en prisión, o de una combinación de ambas.
Alaska	Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presenta una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada por la ley estatal.
Arizona	Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro está sujeta a sanciones penales y civiles.
Arkansas **Louisiana**	Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.
California	Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en la prisión estatal.
Colorado	Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de una póliza o a un reclamante, con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante, en relación con un acuerdo o una indemnización pagadera por el producto del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
Connecticut	Este formulario debe ser completado en su totalidad. Cualquier persona que intencionadamente tergiverse o no revele cualquier hecho material relacionado con una lesión reclamada puede ser culpable de un delito grave.
Delaware **Idaho**	Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
Distrito de Columbia	ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador, con el fin de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar las prestaciones del seguro si el solicitante ha facilitado información falsa relacionada con la reclamación.
Florida	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.
Hawaii	Para su protección, la ley hawaiana exige que se le informe de que la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o prestación es un delito castigado con multas o prisión, o ambas cosas.
Indiana	Una persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a un asegurador, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito.
Kentucky	Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.
Maine	Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas o la denegación de las prestaciones del seguro.
Maryland	Toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o una prestación, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.
Michigan **North Dakota** **South Dakota**	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y somete a la persona a sanciones civiles y penales.
Minnesota	Una persona que presenta una reclamación con intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.
Nevada	Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier tergiversación o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto delictivo castigado por la ley estatal o federal, o por ambas, y puede estar sujeto a sanciones civiles.
New Hampshire	Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a la persecución y el castigo por fraude de seguros según lo dispuesto en RSA638:20
New Jersey	Toda persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.
New Mexico	Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o una prestación, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas civiles y sanciones penales.
Ohio	Toda persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.
Oklahoma	ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una reclamación de los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
Oregon	Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar o solicitar a otro que defraude a un asegurador: (1) al presentar una solicitud, o (2) al presentar una reclamación que contenga una declaración falsa en cuanto a cualquier hecho material, puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que puede ser un delito y puede someter a la persona a sanciones penales y civiles.
Pennsylvania	Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
Rhode Island **West Virginia**	Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en prisión.
Tennessee **Virginia** **Washington**	Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de las prestaciones del seguro.
Texas	Toda persona que presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en la prisión estatal.
Utah	Toda persona que, a sabiendas, presente información de suscripción de seguro falsa o fraudulenta, presente o haga presentar una reclamación falsa o fraudulenta de indemnización por incapacidad o de prestaciones médicas, o presente un informe o una facturación falsa o fraudulenta de honorarios de atención sanitaria u otros servicios profesionales, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y de reclusión en una prisión estatal. Sólo para reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo en Utah.

A continuación, se incluyen instrucciones y comentarios importantes sobre la presentación de una reclamación.

SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

1. Este formulario de reclamación debe completarse y presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la lesión. Asegúrese de responder y completar la sección relativa a la "**DECLARACIÓN DE OTRO SEGURO** ", marcando sí o no, y firmando la línea de autorización, para que ***HSR*** y los médicos/hospital puedan comunicarse en relación con su reclamación.
   Los formularios de reclamación incompletos son una de las razones más frecuentes por las que se retrasan los pagos de las reclamaciones.

2. Sólo es necesario presentar un formulario de reclamación por cada accidente.

3. Una vez cumplimentado, haga una fotocopia para sus registros y envíelo a la dirección indicada a continuación.

4. NO asuma que otra persona enviará este formulario de reclamación a ***HSR*** por usted.

SUS FACTURAS

1. Por favor, avise a todos los médicos/hospitales sobre esta cobertura para que nos envíen sus facturas detalladas.

2. Si ya ha acudido al médico/hospital y no conocía esta cobertura, envíe todas las facturas desglosadas a ***HSR*** a la dirección indicada a continuación.

3. **Las facturas deben incluir el nombre del médico/hospital, su dirección postal completa, el número de teléfono, la fecha en que le atendió el médico/hospital, el motivo por el que le atendió el médico (diagnóstico) y los gastos específicos detallados (descripción del tratamiento, incluido el código CPT/procedimiento). Póngase en contacto con su proveedor de servicios médicos para obtener un formulario de facturación UB04 o HCFA 1500.**
4. Debido a las leyes de privacidad HIPAA, ***HSR*** no puede solicitar esta información a su proveedor de servicios médicos. En última instancia, es su responsabilidad proporcionar la documentación adecuada. Los extractos de "Saldo a pagar" o "Saldo a anterior" no contienen información suficiente para completar su reclamación. ***HSR*** no puede pagar sus facturas utilizando sólo la EOB de la aseguradora principal.

SEGURO DE FRANQUICIA

1. Si la póliza ofrece una cobertura secundaria/franquicia y usted tiene cualquier otra cobertura de seguro primario, debe enviar primero las facturas a su seguro primario.

2. ***HSR*** estudiará las prestaciones después de que su seguro principal haya tramitado la reclamación.

3. Necesitaremos una copia de la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro primario, que debería recibir de su seguro primario, para informarle de lo que se ha pagado o denegado, y de la(s) razón(es).

4. ***HSR*** no podrá considerar su solicitud sin esta información.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al (866) 409-5734. Están disponibles de 8:00 a 5:00 p.m., hora Central, de lunes a viernes. También puede enviar cualquier documento por fax al (972) 512-5818 o por correo electrónico a K12claims@hsri.com.

Health Special Risk, Inc.
P.O. Box 250649
Plano, Texas 75025-0649