¡POR FAVOR

FORMULARIO DE ACCIDENTEDE ESTUDIANTE ATLETA (SAAF)

EL PADRE/TUTOR LEGAL ES RESPONSABLE DE ENVIAR ESTE FORMULARIO DENTRO DE
¡90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA INICIAL DE LA LESIÓN!
¡NO ESPERE A QUE EL (LOS) PROVEEDOR(ES) LE FACTURE ANTES DE ENVIAR ESTE FORMULARIO!

ADL RISK SERVICES, LLC

Este formulario debe completarse en su totalidad y enviarse a ADL Risk Services (ADL) en o después de la fecha de la lesión, y a más tardar noventa (90) días a partir de la fecha inicial de la lesión, para evitar la denegación de la reclamación. Los gastos elegibles para beneficios/cubiertos se pagarán solo cuando excedan otros seguros válidos. Su proveedor médico debe presentar su reclamo con todos los demás seguros disponibles y cobrables antes de presentarlo ante la ADL. Proporcione a todos los proveedores médicos donde se recibió o se recibirá el tratamiento la dirección de facturación y la información de contacto de ADL Risk Services, como su seguro médico secundario, en exceso, de accidentes estudiantiles, para que se facture directamente una vez que se haya pagado cualquier seguro primario u otro seguro aplicable. El proveedor médico debe presentar el formulario HCFA 1500 y/o UB-04 junto con la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro primario. Por favor, lea detenidamente las Instrucciones para la Presentación de Reclamaciones Médicas por Accidentes antes de enviar este formulario o presentar cualquier reclamación. Las instrucciones para presentar el reclamo se incluyen con el formulario de accidente del estudiante que se ha proporcionado al (los) Distrito (s) escolar (s).

NOTA: Para evitar la denegación de su(s) reclamo(s), asegúrese de cumplir con los criterios anteriores y los siguientes. El tratamiento médico debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a la fecha inicial de la lesión por un médico autorizado. (O dentro de las 72 horas, si se requiere tratamiento en la sala de emergencias). Cada lesión tiene un período de elegibilidad para beneficios de un año (52 semanas). Todas las reclamaciones médicas deben presentarse lo antes posible y, a más tardar, 180 días después de que finalice el período de beneficio por lesiones, o su(s) reclamación(es) será(n) denegada(s). Los beneficios del Plan de Accidentes para Estudiantes son limitados y es posible que no brinden una cobertura del 100%, especialmente si no se han cumplido los requisitos anuales de deducible o coseguro de su seguro principal. Este es un Plan de Beneficio de Exceso de Accidente Estudiantil, NO un plan/póliza de seguro de salud integral para gastos médicos mayores ni una alternativa a un plan/póliza de seguro de salud para gastos médicos mayores. **Conserve una copia de este formulario para sus registros.**

Sección 1: Notificación Escolar de Reporte de Lesiones

(Sección 1: Debe ser completada y firmada por un funcionario Escolar Autorizado)

Nombre del Distrito Escolar (Titular del *Plan*): RICHLAND SD 1, SC

Identificación/Política del Plan del Distrito Escolar#: SC2019-20-01-101

Nombre de la escuela a la que asiste:

Teléfono de la escuela:

Nombre del estudiante lesionado (*Nombre, Segundo Nombre, Apellido):*

Seguro Social# *(Últimos cuatro):*

☐ Masculino
☐ Hembra

Fecha de nacimiento:

Edad:

Grado:

Fecha de la lesión:

Parte(s) del cuerpo lesionada(s): ☐ **izquierda** ☐ **derecha**

Lugar de la lesión:

Tiempo de la lesión: □A.M. □ P.M

Nombre de la actividad o deporte:

En el momento en que ocurrió la lesión, ¿se presenció el accidente? □ Sí □ No
En caso afirmativo, ¿por quién?

En el momento del accidente, ¿el estudiante estaba involucrado en una actividad patrocinada y supervisada por el Titular del Plan? □ Sí □ No

En el momento del accidente, ¿el estudiante viajaba hacia o desde un ¿Actividad escolar? □ Sí □ No

¿Cómo se produjo la lesión? (Explique en detalle)

Oficial de la escuela (impreso):

Teléfono :

Título:

Correo electrónico:

Firma del funcionario escolar:

Fecha de firma:

Sección 2: Información sobre el seguro estudiantil

(Sección 2 y 3 completada por el padre/tutor legal. Si el estudiante no tiene seguro, escriba "Ninguno")

¿Está el estudiante cubierto por algún otro plan/póliza de seguro, ya sea como un ¿Dependiente o bajo una póliza grupal, individual, de automóvil, médica o de responsabilidad civil? □ **Sí** □ **No** *¿Es esto □ Individual □ Grupal*

Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del titular de la póliza:

N.º de póliza/plan:

¿El estudiante está cubierto por ambos planes de seguro de padres/tutores? □ Sí □ No
(En caso afirmativo, agregue la información del seguro del titular de la póliza (2) a continuación).

Nombre de la compañía de seguros (2):

Nombre del asegurado (2):

N.º de póliza/plan:

¿Es el seguro anterior un plan de Medicaid u otro seguro del gobierno? (es decir, Tricare) □ Sí □ No *Si la respuesta es "SÍ", ingrese el número de póliza/plan encima.

Sección 3: Declaración del Padre/Tutor

(Las secciones 2 y 3 DEBEN ser completadas por el padre/tutor legal)

Nombre del Padre/Tutor Legal: (*Por favor, escriba en letra* legible)

Nº de teléfono del padre/tutor legal:

Correo electrónico del padre/tutor legal:

¿Trabaja el padre/tutor legal? □ Sí □ No

Padre/Tutor Legal Empleador:

Nombre de la Madre/Tutor Legal: (*Por favor, escriba en letra* legible)

Nº de teléfono de la madre/tutora legal:

Correo electrónico de la madre/tutor legal:

¿Trabaja la madre/tutor legal? □ Sí □ No

Madre/Tutor Legal Empleador Ejecutivo:

Dirección postal del padre/tutor legal (*dirección, ciudad, estado, código postal*):

Sección 4: AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, centro médico, médico, compañía de seguros u organización a proporcionar, a solicitud de ADL Risk Services, LLC o las compañías de suscripción con las que trabaja, información que pueda poseer, incluidos los hallazgos y tratamientos prestados, y copias de todos los registros hospitalarios y médicos de servicios profesionales y atención hospitalaria prestados en mi nombre. La autorización anterior se otorga con el entendimiento de que cualquier derecho legal que pueda tener normalmente para reclamar comunicaciones entre nosotros como privilegiadas se renuncia expresa y voluntariamente. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan válida y eficaz como la original. Los pagos se realizarán a los proveedores de servicios, a menos que un recibo/estado de cuenta pagado acompañe a la presentación de la reclamación médica. Cualquier persona, que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o información engañosa, es culpable de un delito grave.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE *(en letra de imprenta):*	**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:**	**FECHA DE LA FIRMA:**

(La Sección 4 DEBE estar firmada por el Padre/Tutor Legal)

ATENCIÓN: ENVÍE ESTE FORMULARIO Y LAS RECLAMACIONES MÉDICAS A:

Servicios de Riesgo ADL, LLC, *Administrador del plan*
CORREOS Caja 640789
Pike Road, AL 36064

Teléfono: 844.350.9897 ● Secure Fax: 334.649.7901 ● *Email:* *Claims@adlrs.com* ● Website: http://adlrs.com